

わが国における「医療情報開示」の進展とその国際比較

著者	平 英美
発行年	2006-06
その他の言語のタイトル	The development of disclosure of medical records in Japan and its comparison among some nations
URL	http://hdl.handle.net/10422/8871

わが国における「医療情報開示」の進展とその国際比較

1 5 3 3 0 0 9 8

平成15年度－平成17年度科学研究費補助金
基盤研究(B) 研究成果報告書

平成18年 6 月

研究代表者 平 英美
滋賀医科大学医学部教授

このたび、「わが国における医療情報開示『問題』の進展とその国際比較」という課題名で取得した平成 15～17 年度日本学術振興会科学研究費補助金による研究成果報告書を上梓することができたことは、本書を執筆した 3 名の喜びとするところであります。3 名がこのテーマで研究を始めたのは 6 年あまり前ですのでわが国の医療環境も大きく変わってきた感があります。当時は、カルテ開示がようやく端緒についたばかりのころで、その後の成り行きに注目が集まっていました。特に法制化が先送りされていたため法制化をめぐる議論はまだまだすぶっていました。しかし、病院機能評価の拡大と 2003 年の個人情報保護法の制定によりカルテ開示をめぐる事態は、少なくとも制度的には一変したように思われます。そのような制度改革の進行の中で、現場では実際どのように開示の問題が捉えられているのかを、アンケートとインタビュー、さらにアクションリサーチを通じて知り得た今回の仕事は、今後のわが国の医療を考えていく上で示唆の多いものでした。

半ば私事になりますが、前回、平成 12～14 年度科研費の研究時に最も精力的な仲間であった小川圭子さんを 2004 年に失ったことは、われわれにとってかえすがえすも痛恨事でした。小川さんには、セカンド・オピニオンの研究をすすめておられた関係でわれわれの研究会に参加していただきました。特に、医療情報にアクセスする市民の権利を強く擁護しておられ、いかにすれば権利の伸張が可能かを真摯に探っておられました。2003 年には甲南女子大学で博士号を取得され、そのデータの一助としてわれわれの滋賀県調査データを活用していただきました。後から振り返ればその時すでに発病しておられたのですが、われわれには夫君の渡英を理由に研究の継続ができないと申しておられました。しかし、2004 年のイギリス行きの折には訪問箇所の選定と通訳を快く引き受けていただきました。一家を挙げての心よりの歓迎は楽しい思い出となったのですが、その直後体調を崩されて数ヶ月を経ずして不帰の人となられてしまいました。小川さんが参加しておられれば、あるいは研究の方法や方向性もかなり違ったものになったかもしれません。今回、現代医療を見据えるような鋭い視点が減じているのはそのためだと考えています。

今回の研究は、内外の実に多くの方々のお世話になっています。オーストラリア行きの折には江藤美和子さんの、台湾行きの折には林幸慧さんの御夫婦に通訳は言うに及ばず、訪問先の病院の選定と交渉から移動まですべてサポートしていただくことができました。お二方がおられなければ短い期間に成果を上げることは不可能でした。改めてこの場でお礼申し上げます。その他、氏名は省略させていただきますが、イギリス、オーストラリア、台湾の各医療施設、大学でお会いした方々、アンケート調査を引き受けていただいた京都府医師会や京都府看護協会の方々、インタビューを引き受けていただいた方々、アルバイトで資料整理や調査を手伝ってくれた方々など、数十人に上る方々の御助力があつてはじめてここまでたどり着けましたことを心より感謝申し上げます。

平成 18 年 6 月佳日

研究代表者・平英美

研究分担者・豊田久美子

研究協力者・馬込武志

滋賀医科大学附属図書館



2005015001

研究組織

研究代表者：平 英美（滋賀医科大学医学部教授）

研究分担者：豊田 久美子（滋賀県立大学人間看護学部教授）

研究協力者：馬込 武志（湊川短期大学助教授）

交付決定額（配分額）

（金額単位：円）

	直接経費
平成 15 年度	6,800,000
平成 16 年度	4,200,000
平成 17 年度	2,200,000
総計	13,200,000

研究発表

（１）学会誌等

豊田久美子「看護記録の開示と患者・看護者関係－看護者に対する意識調査から」『人間看護学研究』3-2、2006 年 6 月。

目 次

序		1
I		
1 章	台湾の医療制度について	5
2 章	台湾でのインタビュー調査結果と日本の比較	12
付	京都府医師調査・単純集計	28
II		
1 章	看護記録の開示と患者・医師関係	55
2 章	看護記録の開示に対する看護師へのインタビュー調査結果から	76
3 章	電子カルテ導入を行った病院看護師のジレンマ	111
4 章	豪州における医療情報の開示	119
III		
1 章	市民調査	129
2 章	イギリスの医療とカルテ開示	156
調査票		171

わが国でドイツ語由来の「カルテ」と呼び慣わされてきた診療の記録物は、英語では普通 medical records という言葉が充てられる。日本の医師法 24 条では医師が記録する文書に「診療録」という用語が使われおり、一般に、狭義の「カルテ」は診療録と同義だと考えられている。しかし、最近では患者毎に、受診した各診療科の診療録をはじめ看護記録やその他の検査記録などすべての記録された文書類をまとめて扱う施設が増えている。その場合、それも「カルテ」と呼び慣わされることが多い。医療法 21 条に登場する「診療に関する諸記録」がこれに該当するであろう。「病院日誌、各科診療日誌、処方箋、手術記録、検車所見記録、エックス線写真並びに入院者および外来者の数を明らかにする帳簿」と記載されている。その他、サマリーや看護記録、紹介状などもこれに加わる。

われわれが実施したインタビューの中でも、開業の医師も勤務医も看護師もそれぞれ「カルテ」ということばを使用するのだが、文脈によって使い分けられていた。したがって、medical records を訳した「医療記録」という語を本書でも一貫して使用すべきであったかもしれないが、医療者にとっても患者にとってもまだ一般的な「カルテ」という語をわれわれも用いることにした。

カルテ開示に着目したのは、それがかわりゆく医師－患者関係、ひいては現代医療の姿を集約的に示していると考えたからである。カルテ開示は、記録として残された医療情報を患者に伝えるということであり、医療情報を説明し伝えるという行為の一部をなしている。患者は受診することによって、いわば様々な情報を医療者側に伝達しているとも言える。伝達されるものには患者の個人情報も含まれるが、いうまでもなく中核になるのは医師や看護師の診断と処置に関わる情報であろう。これらは、患者の存在によってしか発生しないが、情報として解読するのはあくまでも医療者側である。制度的医療の元では専門家の診断しか診断としての意味を持たないからだ。患者は、どのように読み取ったかを医療者から伝えられることによって初めて自分についての医療情報を入手できるのである。このように初期状態では情報の所持に非対称性が存在することが医療における独特の関係を生み出してきたとも言える。患者としては、自分に関する医療情報を入手せず治療を進めることが可能であるし、「一切をお任せします」と語られることは現在でも普通に見受けられる。医療者側としてはすべてを伝えない、曖昧にするなど、少なくとも治療上の効果とのバランスを図って情報を操作することは可能であるし、その裁量は現在も認められていると言えよう。しかし、通常は対価を支払って診断を受けるわけであり、その成果として患者は医療情報を入手して満足することになる。

だが、病名にしても処置の方法にしてもその医療情報は日常語ではなく専門領域の言葉で語られる。けっしてわかりやすいものではない。かなりの解説や説明があつて初めて理解できる情報ということになるが、その説明は医療者に課せられた負担となる。診療室の会話は、診断までの前半は医師が身体情報等を入手するやりとりに、診断後は医師の説明が続くというパターンが通例である。したがって、医師が患者に診断内容等を説明するという行為は医療そのものの実質であるといってもよい。

1960 年代から始まる「患者の反乱」も、医師による説明の不十分さにたいする不満に起因するところがあったといつてよい。つまり患者が自分に関する医療情報の説明を十全に受けることを権利の一つだとみなすことで「インフォームド・コンセント」という説明のスタイルが

形成されていったとも考えられる。インフォームド・コンセントは、人体実験や深刻な医療被害が患者の人権を無視していたという反省とともに、それが説明の完全な欠如をもたらしていたという反省から生まれたコンセプトだからである。

「口頭による合意」ということがしばしば言われるが、インフォームド・コンセントは文書を用いて実施されなければ完全でない。インフォームド・コンセントの場合では、同意書とともに説明文書がセットとして患者に提示されるのが普通であるし、そうでなければ単なる診断の説明と変わらず、正しくはインフォームド・コンセントと呼べないであろう。カルテは、患者に病状を説明する際に根拠となる情報源としての文書である。インフォームド・コンセントの場合で提示される必要はないが説明文書の中にはその情報が盛り込まれていると考えられる。したがって、患者が十分な説明がなされないためカルテ開示を申請するという行為は、インフォームド・コンセントを部分的に代行している、つまり口頭での説明のないインフォームド・コンセントだとも形容できる。（もちろん、開示申請した患者にカルテの記載内容を説明するサービスをしようとしている医療機関は多いが）カルテ開示がインフォームド・コンセントであるというのはこのような含意からであろう。

わが国でカルテ開示が始まったのは、1985 年頃、民間レベルにおいてあった。小川はこれを「先行自主型開示」と名付けている〔小川圭子〔2005〕『カルテ開示とセカンド・オピニオンからみる「患者－医師」関係』甲南女子大学大学院・博士論文〕。カルテそのものではなく、いわゆる「私のカルテ」に医師が診療内容を記し患者に渡すという方式である。情報が加工されているという問題は残るが、書かれた情報が患者の手に渡るという意味では画期的な試みであった。しかし、厚労省が主導した開示の方式はカルテをそのまま閲覧ないし複写して渡すというもので、この民間の動きを採用しなかった。むしろ、90 年代に入って相次ぐ医療過誤と医療訴訟のなかでカルテ開示のバイパスとして患者運動の中に広がったレセプト開示の流れに対応しようとするものであったと考えられる。厚労省が「カルテ等の診療情報の活用に関する委員会」を発足させたのは 1997 年であったが、翌年には報告書が作成されている。この報告書の特徴を、小川は 3 点あげている〔前掲書：13-14〕。一つは、最初から全面開示としてことである。ドイツ等は部分開示であるが英米に倣ったと考えられる。いま一つは、法制化を提言したことである。医師会が最も抵抗したのはこの点であるが、開示そのものよりも日本の医療をめぐるイニシアティブの争いであったと見るのが可能である。医師会の抵抗は功を奏して 2003 年まで法制化の議論は凍結された。三つ目は、関係する各圧力団体の意向を反映して一貫性が無くなっている点であると、小川は言う。その結果、開示の目的がはっきりせず、混乱し、法制化の見送りにつながったと考えられる。

その後、医師会や看護協会は独自に開示のガイドラインを定め、開示に踏み出した。厚労省も、2000 年には足下の国立大学病院や国立病院で開示を義務づけることになる。この段階では、なぜ開示しなければならないかという目的について、各ガイドラインは、一様に、患者の権利擁護を掲げるとともに、むしろ第一義的には患者と医療者の信頼関係を築くためであることを謳っていた（ガイドライン間にニュアンスの違いはあるのだが）。現時点でみれば医療者－患者関係に対するこの融和的な視点はきわめて日本的な発想であったと思える。

しかし、カルテ開示は思わぬ社会の動向によって大きく方向性を変えられることになる。2003 年の法制化は再び見送られた。同年に制定された「個人情報保護法」に規定される個人情報とに個人の医療記録、つまりカルテや看護記録も含まれると考えられ、同法でカルテ開示にも対

応できると考えられたからである。ここからは、なぜ開示されなければならないかの根拠は医療の文脈を離れ、それが個人情報だからということに求められるようになった。

個人情報保護法の制定により、一見カルテ開示をめぐる議論は意義を失ったかに見える。しかし、後に少しだけ検討するように、医療以外の個人情報と医療記録に記載されている個人情報とが同じ性格とは限らない。そもそもなぜカルテ開示をする必要があるのかという議論は再び医療の文脈で答えを出す必要があるであろう。カルテ開示によって現代医療をどのように変えたいのかということである。それを示唆する動きの一つとして、この間われわれが色々なところで発見した、医療者と患者が共同でカルテを作るという実践に注目して良いかもしれない。医療そのものが医療者と患者の相互行為で成り立つものならば、その場の書き手（あるいは入力者）として医療者ばかりがあるというのは奇妙な現象かもしれないからだ。ただその場合どこまで近代医療のことばに翻訳しないのか、あるいは患者自身が自らを医療化するのかといった興味深い難問が生じてくる。われわれは、また、現在進行している医療記録の電子化も医療情報の所有や管理、利用のありかたに大きな影響を及ぼすであろうと考えられる。イギリスでも台湾でも電子化は一病院にとどまることないネット化を志向していた。それは地域医療の推進や病身連携といった医療者のためにということで当初は考えられているのだが、個人情報へのアクセス権を本人に認めるということであれば、ネット上の個人情報データベースへのアクセス権も同様の扱いを受けることになるであらうし、イギリスでGMの方が述べていたように、ネットを通じて患者本人が自分の医療情報管理を始めるかもしれない。そのような場合、アクセスは患者の権利であるというよりもより良いデータベースを作成するために患者の義務となるかもしれない。良くも悪くも、患者・市民が能動的に医療に参加せざるを得なくなる時代の入り口で医療記録の開示をめぐる議論がおこったのだと後世には位置づけられているかもしれない。

本書は、次のようなⅢ部構成になっている。

Ⅰ部（執筆者：馬込武志・湊川短期大学助教授）では、台湾調査を扱い、医師調査の単純集計結果を付している。

Ⅱ部（執筆者：豊田久美子・滋賀県立大学教授）は、看護師調査とオーストラリア調査を扱っている。

Ⅲ部（執筆者：平英美・滋賀医科大学教授）は、市民調査とイギリス調査を扱っている。

3年間の最終報告書ということであるが、われわれとしては中間報告書の域をでないという忸怩たる思いである。執筆が間に合わなかった部分もあるし、日本のカルテ開示の特殊性を際立たせることが十分にできなかった。近々にも改訂版を出さねばならないというのが、3人の一致した希望である。

I

1 章 台湾の医療制度について

台湾の医療制度は日本の医療制度とよく似ているという。国民皆保険、自由開業医制、医療機関へのフリーアクセスなどが共通点として挙げられる。

これから、台湾での見学やインタビュー、ディスカッションを通して日本と台湾の医療情報の取り扱われ方の差異と共通点を考える際に、制度となぞるだけでなく、実際の診療、治療を日本人がどのように受け止めたのかということを中心にここでは、日本と台湾の医療の差異と共通点を明らかにしていく。

台湾の医療制度についての現状と問題点を、ある台湾滞在者は以下のように報告している。

台湾にも健康保険制度があり、台湾国民全員と居留証を持つ外国人に対し加入が義務付けられています。毎月支払う保険料は安く、最高で2,600円程度です。私の収入では、毎月1,900円程度です。加入すると写真付きの健康保険ICカードが配布されます。このICカードがあれば、病院では個人負担額330円から1,000円ほどで問診・治療・薬をもらうことができます。

薬局で売っている薬より安いので、私もちょっとした風邪でも病院へ行くようになりました。

一見便利なのですが、やはり問題も出ています。どこの病院へ行っても1人の医師が半日で60人の患者を診るような状態です。これでは、誤診もあるでしょうし聞きたいことを十分聞けずに問診が終わってしまいます。どうしても質問したいことは、あらかじめ紙に書いておかないと、質問できずに次の患者さんの順番になってしまいます。しかも次の患者さんが、すでにカーテンの後ろで待っているような状態で、もちろんプライバシーは守られていません。

待ち時間も長く、午前中の問診時間内で終わらないこともあり、午後まで待たされることもよくあります。患者が待合室に座りきれないこともよくあります。医師はその間休みなく患者を診ています。これで誤診がない方が不思議です。私が手術したときも4ヶ所の病院で診てもらいましたが、信用できない医師もいました。最終的に、一番詳しく説明してくれた医師に手術をお願いしました。

(http://www.melma.com/backnumber_104984_1097209/)

ここでは、台湾の医療制度の現状と問題点を整理しておくとして、まず、国民皆保険（「全民健康保険制度」保険料は収入の6%が上限）であるということ。自己負担を軽くして、診察・治療を受けることができる。ちょっとした風邪でも病院に行くようになったのが、国民皆保険がまだ始まって11年ということと関係があるかもしれない。

また、その患者の多さが、診療時間の短さとして反映しているといえるだろう。また、プライバシーについても日本のそれと少し異なるようにも感じるのだが、日本でも“中待合”というのがあり、診察室のから声などが漏れ聞こえるところで、診察の順番を待つことがあるので、さして変わらないとも言える。

最終的に、詳しい説明が執刀医を決めるきっかけになったように、医師によって説明のレベルが様々であることを指し示している。

別の台湾在住の日本人は、以下のように診療の際の問題点を挙げている。

多くの患者さんはノックもせずズンズンと診察室に入ってくる。それでなくても診察室の中は他の患者さんでごった返しているのに。そして自分が何番かを告げた後、看護婦さんが「外でお待ちください」と言ったにもかかわらず、出て行かないのだ。少しでも早く見てもらおうという気持ちからそのような態度に出られるのかもしれないが、他の患者のことも考えて欲しい。

<http://www02.so-net.ne.jp/~kenriho/news/123.html>

順番を聞きに、診察室へ断りもなしに入ってくるということである。プライバシーの考え方が日本と少し異なるのかもしれない。

また同伴者も問題である。日本の場合、患者一人で受診するというのが殆どであると思うが、台湾は違う。一人の患者に対して二、三人が付き添う。ひどいときには一族郎党を引き連れてという感じである。何か重大な疾患があって、医師が家族にムンテラをするというのなら話しは別だと思うが、普通の外来受診である。

ただでさえ患者さんが多いのに、付き添いの家族のため待合室はいつもデパートの大売り出し状態。具合の悪い患者さんが座る椅子もないといった具合である。そういう患者さんに席を譲っている光景はあまり見かけたことがない。

私が行きつけの台北の新光病院というところは「一定の医療水準を保つため、同伴者は一人までをお願いします」とドアに書かれている。こういう張り紙があるということはいかに同伴者が多いかを物語っている。同伴者が多いとただでさえ患者さんは多いのに、ますます診る効率は悪くなる。長いこと待たされた経験のある人なら、あまり家族には付き添ってもらわなくていいと思わないのだろうか。

(同上)

家族のつながりの強さを表しているものと思われる。この家族のつながりが日本と台湾の医療を考える際のポイントの一つといえるであろう。

さらに、家族が来ることで病院は来院者でいっぱいになるという要素もあるのだが、見てもらべき患者そのものも大変多い。

また、患者さんが本当に病院に来る必要があるのかといった問題もある。これは日本でもいささか似たようなことがあると思う。ある老人病院の外来待合室での一コマ。「〇〇さん、

今日見ないね。どうしたんだろう？もしかしたら病気かも！」。

確かに心身の不調があれば病院へ行くのは当たり前だし、当然患者の権利もあると思う。でも本当に病院に行く必要があるのか。とにかく台湾の病院は患者さんが多い。人気のある医師になると午前中の外来で 150 人以上も診る。数年前に入院した時、主治医に訊ねたことがある。「台湾の病院ってすごく患者さんが多いけど、本当にそんなに病気の人が多いんですか」。答えはこうである。「うーん、本当に病気なのは 30% ぐらいかな」。

台湾では来院者も多いが、病院そのものの数も多い。

医療機関としては 669 病院（うち 125 は漢方専門病院）、8539 診療所（漢方診療所を含む）、8874 歯科医院等々が存在し、医師数は 3 万 396 人（うち 4048 人は漢方医）存在し、すべての医療費（薬剤費の患者負担を除き）は健康保険で賄われます。また、保険診療の 80% は病院で発生していて、患者の病院信仰が伺えます。

医療保険制度は台湾政府が管掌する“BNHI”1 種類で、国民の 96% がカバーされています。保険料は政府、雇用者、被用者で負担し、薬剤給付時には 20% の患者負担が発生します。

財政健全化のために 2002 年 7 月には病院に総予算制を導入し、2003 年 3 月には薬価を引き下げたことから、2003 年年間では医薬品市場に約 8% のマイナス影響が見込まれています。患者には医療機関選択の自由がありますが、薬価は国により管理されています。また医薬分業は著についたばかりで、薬局で処方される薬剤量はたった 3% です。

<http://www.jpwa.or.jp/jpwa/asia1.htm>

「病院信仰」、「保険財政の逼迫化」は日本でも同じことが起きている。つまり、患者側の意識としても、患者の行動等をとっても日本とそう遠くないと思われる。また、診療を受ける機関についての制限が無い。

ただ、病院の方は日本より大変なようである。

台湾の病院は数年に 1 回、日本でいうところの病院機能評価を受け 4 段階に分けられます。すべての病院が評価を受けなくてはならず、また評価によってはランクが下がるとのことでした。

http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsppr/n2005dir/n2633dir/n2633_05.htm

診療を受ける機関についての制限が無いため、ランクが下がることは病院にとって死活問題である。しかしながら、このことは病院については評価がきちんとしていているということを示している。よって、診療を受ける際に、評価を参考にすればおのずと病院へ集まるようになる

ものと思われる。

さらに、保険財政の適正化が、医療の内容にまで踏み込んで行なわれている。それが、以下に述べられている case payment である。

台湾では 1995 年に国民皆保険が導入され、続いて case payment と呼ばれる台湾型の包括医療費支払い制度が導入されています。

台湾でのこのシステムの生みの親である藍教授からのレクチャーによれば、当初 9 疾患から始まり徐々に適応疾患を増やし、現在は 53 の疾患に関して作定されています。ある程度の疾患がカバーできたので、しばらくは疾患の数を増やす予定はないとのことでした。

このシステムでは総額の医療費が規定されており、疾患に関しては医療費のみでなく必要とされる医療行為も規定されており、この医療行為の達成率が 65% 以上でないと医療費が支払われません。またこれらの疾患にはクリニカルパスが必要とされており、作成を義務化しています。適応疾患はすべて case payment の対象となり、合併症などでパリアンスとなり医療費を著しく必要とした症例は別途支払い機構へ審査に出し、認められれば支払われるが、時間がかかるとのことでした。

http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2005dir/n2633dir/n2633_05.htm

医療行為が規定され、その医療行為の達成率まで要求されるということは、カルテに各内容がある程度の詳細さと正確さをもって行なわれなければならないということを示している。また、カルテが日本以上に公文書としての位置づけを持っているということも考えられる。

さらにそのカルテは、電子化が進んでいるという。

また、国民皆保険の台湾では、昨年 IC チップを組み込んだ顔写真入り保険証になっており、患者基本情報が入っていました。台湾は世界の PC 機器産業の中心ということもあるのか、どこの病院にも数年前から電子カルテが導入され、手術承諾書や患者の紹介状は一部残っているもののペーパーレスに近い状態でした。

(同上)

電子カルテの利点はいろいろあるが、台湾を視察したある日本人医師は以下のように述べている。

規模の大きさや管理体制の違いによるのかもしれませんが、発表を聞いていて、病院の管理部門がデータを電子カルテ上から取り出し、いろいろな研究の手助けをしているところがすばらしいと感じました。日本でも電子カルテの普及が急速に進んでいますが、数年後には色々なデータが分析できるようになり、あらたな EBM が作り出せるようなれば、思いを

強くしました。

(同上)

電子カルテの利点として、「研究の手助け」にあるという点を上げている。確かに症状ごとにまとめた追跡調査も可能になる。また、書かれているように EBM を推進していく上で武器になりそうである。

ただしこのことは、むしろ病院の管理部門における利点であって、医師個人には特に診療という点において、利点があるということではない。

台湾の電子カルテについては、2005年に開かれた、経済産業省の「産業構造審議会基本政策部会」(第10回)においても医療費の問題として取り上げられている。

台湾はレセプトがほぼ100%電子化され、医療の質に応じた報酬が実現している。台湾では、マクロ的な予算に連動して、診療報酬1点の金額が変動する仕組みが取られているが、日本でも可能ではないか。また、電子レセプトの分析による医療の標準化を進め、どの医療機関でも同等の医療が受けられるようにすべき。

http://www.meti.go.jp/policy/economic_industrial/committee/summary/eic0000055/index.html

と電子カルテにより、病院における管理部門での利点を超えた国家レベルでの医療の管理をも可能にするという点が指摘されている。あるいは、増大する医療費の抑制策としても電子カルテはその威力を発揮するものとして理解されているといっていよいであろう。

つまり、医療情報の管理がカルテの電子化によって容易になることを示しており、その情報管理の方法如何で、医療費の削減という方策も可能になるということである。

もちろん、医療の標準化という方策も EBM との関係で必要になってくる。そうすれば、医療のマニュアル化が進む恐れがある。患者個人の個別性も軽視されかねない事態が起こっているといえよう。

台湾では、医療情報をコントロールすることを通してだけでなく、医療費そのものを直接的に管理している。このことを九州各県の医師会が台湾を視察したときに台湾の医療の現状を以下のように報告している。

台湾の医療制度は、すでに日本を先取る(?)かのような苦難の道を歩んでいる。ポイントの幾つかをお知らせしておく。

(1) 台湾はすでに医療費総枠予算制となっており、医療機関ごとに毎季(3カ月間)の最高点数が決められ、オーバーすればカットされる(台湾国民の医療保険加入率は9割以上)。

(2) 窓口負担は定額制で日本円にして約500円。保険点数が過去1点1元であったが現在

1点0.7元（外来）にまで下がった。行政が一方的に総枠予算制や点数の引き下げを決めている。

（3）医師会は強制加入であるが、政治力がないので、政治家は医師を頼りにしていない。

（4）勤務医の給料管理は合理的に診療・治療した医師に費用効果を加味した給料を支給せざるを得ない。医療事故、不満も増加、勤務医師も個人所得から医療事故保険を掛けるが、足りないので病院も保険を掛ける（仁愛総合病院談）一等であった。

<http://www.med.or.jp/shirokuma/no166.html>

最後に医師会長たちは以下のように語り合ったという。

空港に向かうバスのなかで、「明日の日本の医療制度が台湾のようにならないよう頑張ろう」と九州各県会長、事務局長らは語り合ったという。

以上の説明を参考に日本の現状を振り返っておくと、（1）医療費総枠予算制は日本でもDRGという形で一定の枠がはめられてきている。これがさらに進めば、「総枠予算制」と展開されるかもしれない。（2）保険点数の引き下げは、日本でもここ数年続けて行われている。（3）医師会は強制加入ではない。また日本医師会は一定程度の政治力を保持している。この点は台湾と大きく違う点である。しかし、台湾では医師会が組織化されていないがゆえに、保険点数の引き下げという事態が起きて不思議ではない。しかしながら、日本の場合、一定の政治力を持った日本医師会が存在するにもかかわらず、保険点数が引き下げられているというのはどのように理解したらよいのであろうか。（4）日本でも医師の給与が病院の経営状態に合わせて支給されている。また医療事故も増加し、保険をかけているという点も同じである。

この医療事故などについては、医学教育の新しいプログラムにおいて、取り入れられている。

「日台合同座談会 医学教育は今後いかにあるべきか」と題された座談会で、台湾大学の医学部における取り組みが紹介されている。

台湾大学医学院の学制は7年制で、7年生はいわゆるインターンにあたります。1～2学年は日本の教養学部にあたり、従来の課程に加えて新しく倫理学、分子生物学、免疫学、あるいはコンピュータのことなども勉強しています。また週に2回、午後の時間帯に臨床の医師がチュータ（教師）になって、「医師と人文科学」と題して、“安楽死”“医療保険”“医療訴訟”“宗教”などをテーマにしてスモール・グループ討論が自主的に行なわれます。

（「週刊医学界新聞」第2203号 1996年8月19日）

ここで、医療訴訟について医学生が学ぶ機会を設けているということは、それだけ医療訴訟が医師の間で深刻な問題として、学ぶべきテーマとしてあるということを意味している。

以下に、スモール・グループ討論の表をあげておく。診療上起こりうる医療訴訟のような問題だけでなく、宗教、死生観、芸術から付け届け、医師の生活にまで多岐に渡る授業が行われ

ている。医師が医学だけではないその他に人間として知っておかねばならないこと、つまりは“人間教育”とでもいうべき教育を行っているところも日本の医学教育と同じである。

〔表1〕台湾大学のスモール・グループ討論

I. 教學目標（授業目標）

熟悉小組教學方式・培養批判思考能力與激發學習責任感・經由教師與學生之互動討論・潛移默化改變學生氣質・胸襟・視野・薰陶出具有人文素養・社會責任感・體恤心懷及前瞻性眼光之醫學人才。

テュートリアル方式の授業をよく実践することで、批判的な思考能力を身につけさせ、かつ学習せねばならないという責任感を生じさせる。チュータと学生相互の活発な討論を通して知らず知らずの間に学生の気質、抱負、視野を変えていき、人文科学的な素養、社会的責任感、他者の気持ちになって考えることのできる心遣い、およびさらなる向上心を備えた医学界の優れた人材を養成していく。

II. 醫師與人文（医師と人文科学）

自選十六個主題（16テーマを自選した）

1. 為何從醫（なぜ医に携わるか）
2. 醫學生的生涯規劃（医学生の生涯設計）
3. 醫師與環保（医師と環境保全）
4. 認識全民健保（全国民の保健衛生について認識する）
5. 反菸反毒（喫煙・薬物服用に反対する）
6. 醫師下鄉（医師と地域医療）
7. 醫師與宗教信仰（医師と宗教信仰）
8. 生死觀（死生観）
9. 醫師與藝術（医師と芸術）
10. 醫師的生活品質（医師の生活の質）
11. 醫師與「紅包文化」（医師と「患者のつけとどけ」風習）
12. 醫學院的師生關係（医科大学の師弟関係）
13. 傳統及民俗醫療（伝統および民間医療）
14. 醫者規範（医に求められる規範）
15. 醫療糾紛（医療紛争）
16. 醫師的家庭生活（医師の家庭生活）

（「週刊医学界新聞」第2203号 1996年8月19日より転載）

2 章 台湾でのインタビュー調査結果と日本との比較

台湾では、2006年1月4日に病院を見学し、インタビューを行った。ここでは、インタビューの結果を日本で医師に対して行ったアンケート調査と合わせる形で、話を進めて行きたい。

調査は、嘉義市の天主教聖馬爾定医院と嘉義基督教医院、高雄県の義大医院、高雄市の高雄医学大学の計4箇所の見学や説明、その後病院のスタッフを交えてのディスカッションを行った。

特に、義大医院はメディカルセンター的病院で日本では考えられない大きさで、地下には日本のショッピングモールらしきものがあるといった感じでした。ここでは特に嘉義市の天主教聖馬爾定医院と嘉義基督教医院を取り上げて考えていきたい。

まず、嘉義市の天主教聖馬爾定医院にてインタビューについて以下話を進めていくことにする。

「カルテ開示について」

まず、カルテ開示の有無についてたずねたが、怪訝な顔をされる始末で、そういう経験はないという。

もちろん、カルテを見せてくださいと言われたら、別段問題なく見せるという。診療のサマリーやポイントは渡しているという。

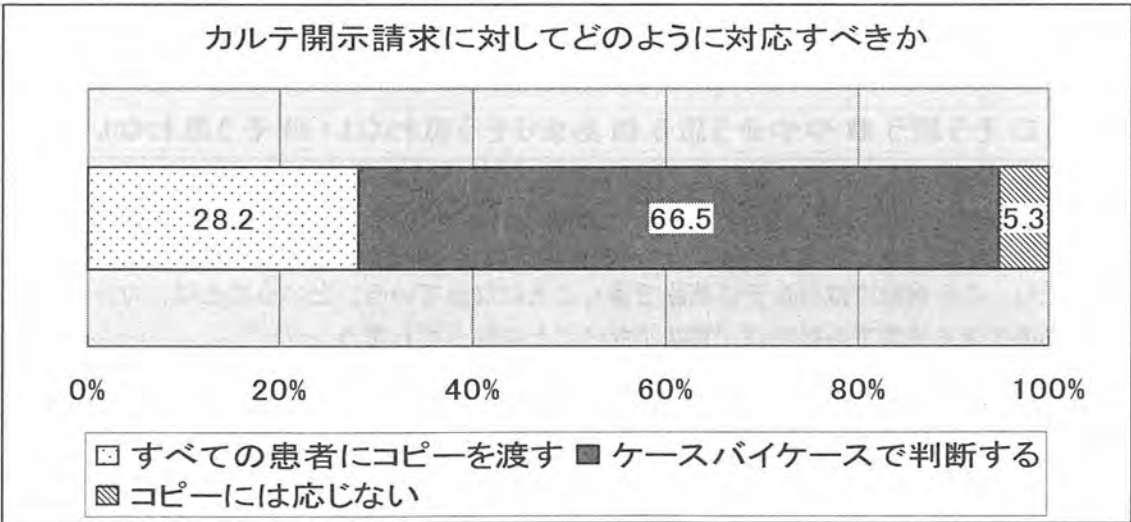
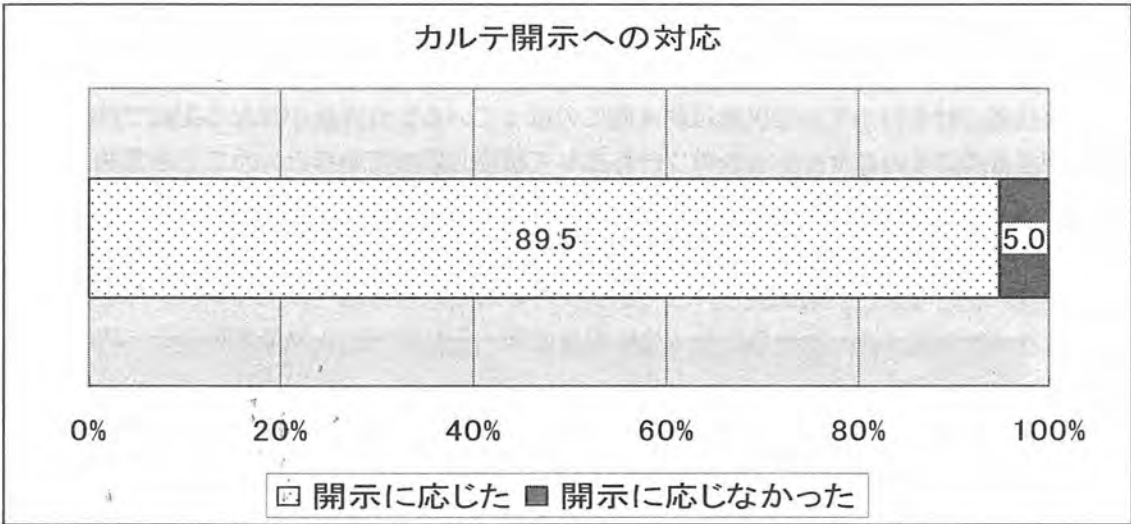
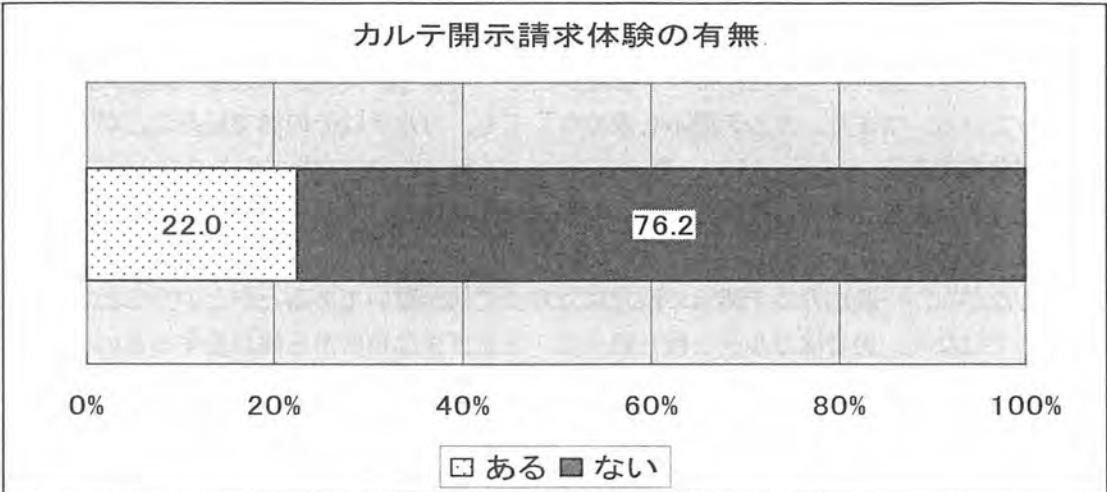
日本での状況をみてみよう。日本の状況は一昨年に行なった京都府医師会を通して行なったカルテ開示に対する医師の意識調査の結果である。

カルテ開示請求は約2割の医師が経験している。そのうちの89.5%はカルテの開示に応じている。

カルテ開示請求に対してどのように対応すべきかという設問では、約3割の医師はコピーを渡すべきだと回答し、約7割の医師はケースバイケースであると回答している。

ケースバイケースの場合、患者（家族）の状況に応じて判断しているのであって、一律に開示／非開示を決めているわけではない。

日本において、医師にカルテ開示の経験の有無を尋ねたところ、以下のように2割の医師がカルテ開示を経験している。台湾と日本を比較した場合、カルテ開示は日本のほうが進んでいるといえそうである。



しかしながら、カルテ開示をしなくても、カルテの記入時に患者にはカルテが見えるということを説明していた。

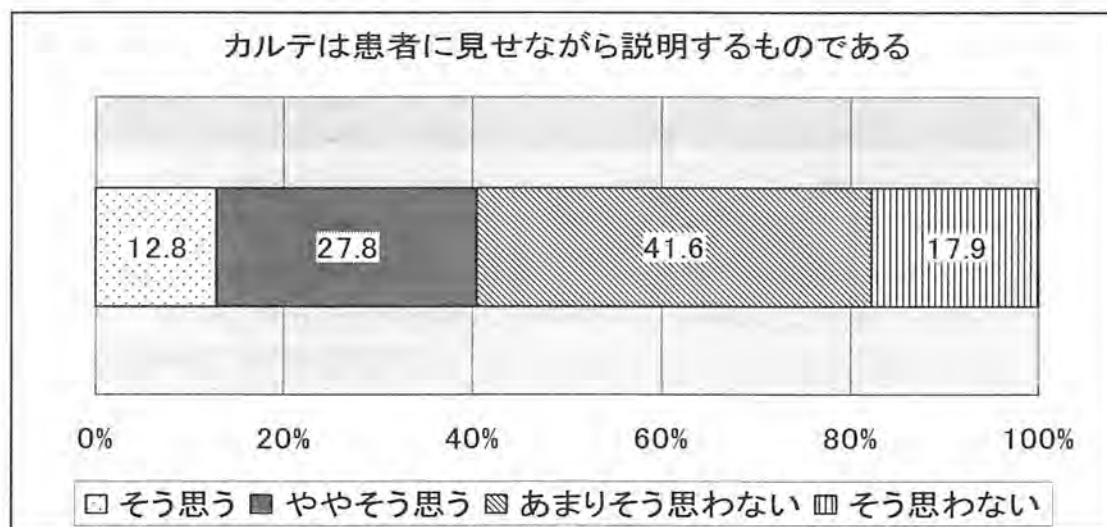
これについて、説明をすると、カルテは電子化されており、カルテの内容が患者に見えるようになっている。つまり、カルテ開示を求めなくても、カルテはその場で見るができるという説明なのである。

実際にカルテを見せながら説明をしているとは思えないが、見ることをあえて開示請求する必要はないという判断だと思われる。

しかしながら、一般にカルテ開示の請求はカルテに何が書いてあるとかということを見たいというのではなく、患者はカルテを持ち帰って、さまざまな角度から検討をするということである。場合によっては、医師の説明がいまひとつ分かりにくかったので、じっくり反芻したいということかもしれない。また、医師の診察に対して疑問を抱いたもののその場で聞くことができずに帰って調べてみようということもあるかもしれないし、家族に病状等を説明するための書類として機能するかもしれないというさまざまな要素を含む。

とすれば、カルテが見えるのだから開示請求はないはずだという考えは早計ではないだろうか。

日本での調査と比較してみると、日本の調査で、カルテは、患者に見せながら説明するものという位置づけを行っていた医師は約4割にのぼっている。カルテが単なる記録ではなく、医師と患者とのコミュニケーションのツールとして機能し始めているということを意味している。この点では、台湾と日本は同じ方向性を持っている。



ただし、この病院ではカルテは英語で書くことになっている。ということは、カルテを見ても英語のできる患者でなければ、意味がないことになってしまう。

もちろん、患者から請求があればカルテ開示に応じるとのことであった。説明ということでは、以前、誤って投薬をしてしまい、患者が死亡するという事件があったから、薬にも説明が丁寧にかかれるようになっている。その説明は、

- ①封筒に書いてある
- ②特別な場合、薬局で説明する
- ③不安な場合は医師へ質問する。

というものであるという。

「告知について」

医療現場で問題になり、かつ、医療情報の中で、デリケートな扱いが必要と思われるのは、がんなどの病名を告知するかどうかという問題である。

この病院では、告知するかどうかについては、家族に尋ね、その意向に合わせるという。

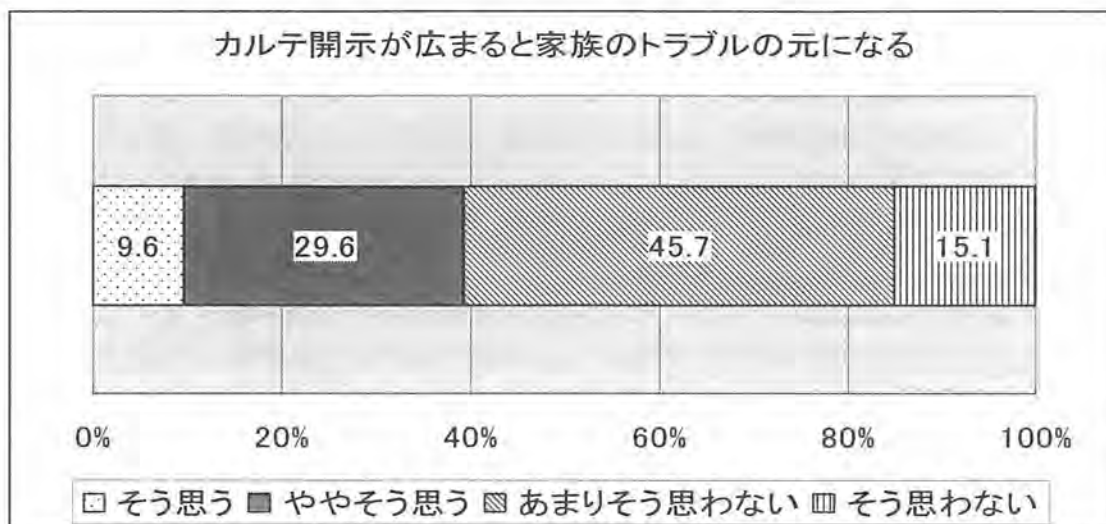
現在の日本の考え方からすれば、家族に尋ね家族に合わせるということよりも、むしろ積極的に告知を行うという傾向にあると思われる。

これはもちろん告知しなければ、告知をされずにいた患者本人に訴えられたときに敗訴するということもあるだろうが、基本的には、家族といえども患者本人の意向を完全にくみとることは不可能である。という論理に基づいている。

しかしながら、このように家族に合わせるというのは、家族が患者の意向を汲み取ることができる。家族は患者の気持ちの代弁者足りうるという解釈なのであろう。

あるいは、代弁者というレベルを超越して、家族と患者がひとつになっているという解釈も可能である。それが、病院へ家族が大量についてくる。といった現象につながっている。つまり、病んでいるのは患者本人だけでなく、家族全体がひとつになって、病と闘っているというイメージなのかもしれない。

告知の際、家族に先に話す理由は、性格などをよく知っているからという回答が得られた。家族は、患者本人が告知に耐えられるか耐えられないかをよく知っている。だから家族に相談している。



これは日本でも、カルテ開示が進展すると、家族でトラブルが起きると回答した医師は少ない。これは、憶測の域を出ないが、台湾同様、家族が患者本人の意思を代弁できると考えられているということがあるのではないかな。

真の病名を言えない医師の気持ちは、もちろん、医師によって違うが、患者と関わる場合に話題を変えたり、やり過ごすのにいっぱいになっている。家族と患者とに別々に説明する。家族には特に詳しく説明する。

告知を希望する家族と希望しない家族では、告知を希望する家族が80%になるが、告知をした後、どうなるかが心配で告知に踏み切れないケースも多いという。

ただ、生活などの準備があるので、告知したほうがよいのではないかなというのが院長のご意見であった。

また、病院の宗教担当部門が介入をして、肝がんの患者とその家族が不仲だったのを関係改善させるのにうまくいったケースもあり、精神的ケアも重要であることが改めて理解できた。

もちろん、ホスピスなどに入る場合は、家族を説得するという。

「氏名称称について」

個人情報保護法実施以降、病院等でも診察の際に患者の名前を呼ばない病院も出てきている。この病院でも、一般的には、診察の順番が来れば、名前を呼ぶことにしているが、もちろん、本人から申し出があれば名前を呼ばないということも実施している。

このことから伺えるのは、患者に対するプライバシーについて一定の配慮があるように思える。しかしながら、この病院ではないにせよ、前述のように、診察室へ診察を受ける患者以外の者が入り放題ということであれば、台湾全体で押しなべて、患者のプライバシーについて一定理解があるということではなさそうである。

「医療情報はだれのものか」

上記の質問をしたところ、「カルテ用紙は病院のもの、内容は患者のもの」ということで、きっぱりと述べた。

あまりに当たり前のように話されるので、むしろびっくりしたが、この点日本とは若干異なるのである。

どのように、異なるかという点、日本では、圧倒的にカルテは医師のものという回答が多い。つまり、カルテに記載されていることは医師の判断に基づくものであって、その判断の主体が医師であるということは、カルテは医師のものであるという主張である。また、日本の場合、カルテに関しての取り決めは、医師法第24条にある。

医師法 第24条 医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

2 前項の診療録であつて、病院又は診療所に勤務する医師のした診療に関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他の診療に関するものは、その医師において、5年間これを保存しなければならない

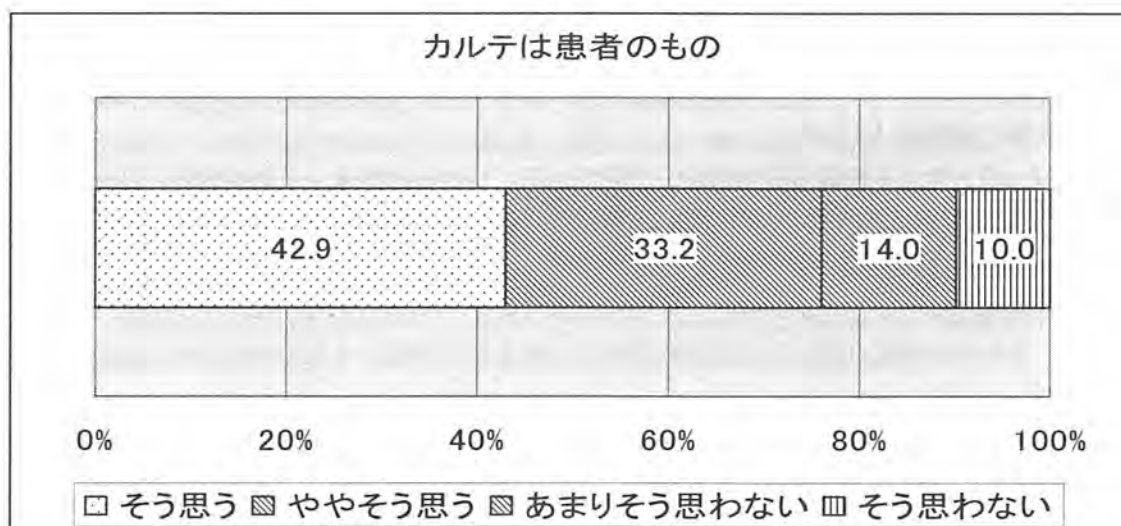
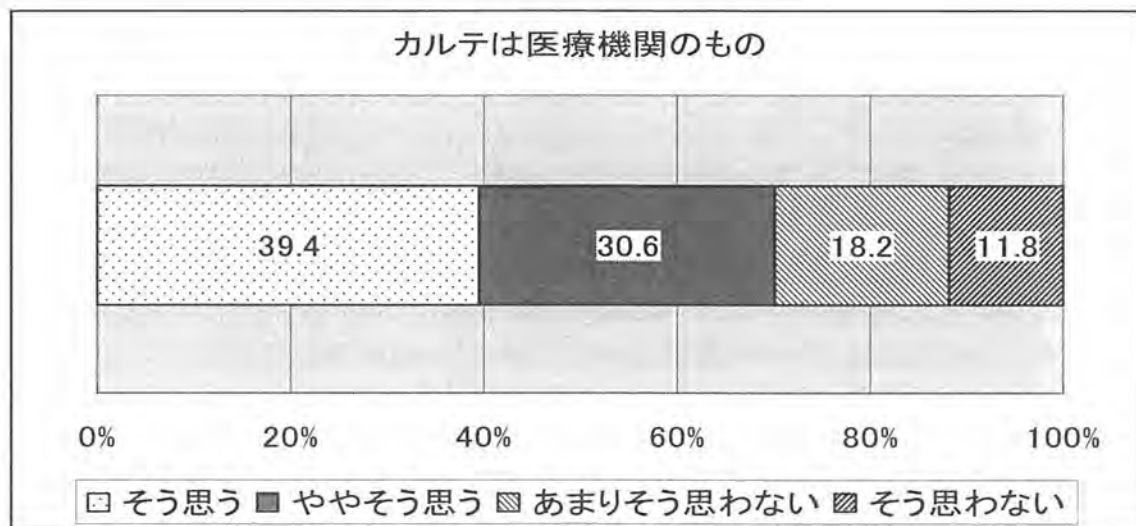
つまり、カルテの保存等については病院管理者に指示をしているものの、カルテの記載に関しては、医師に義務付けている。

患者のものとする医師も近年増えてはきている。しかしながら、それは患者のバイタル、症状について書かれているので患者のものとして捉えている。したがって、その部分は患者のものであるが、その症状に対して決定した治療、診断、予後に関する記載は医師のものという感覚なのだという。

また、カルテの用紙自体は、保存義務等のこともあり、病院のものであると考えられるようである。

となれば、カルテは医師のものであるという回答が多いとはいえ、患者のものであり、医師のものであり、病院のものという回答が日本では顕著であった。

それに対して、台湾では、「医師の介在する余地がない」というところが、特筆される。



「電子カルテについて」

台湾では、カルテの電子化が大変進んでいる。台湾のほとんどの大型病院では電子カルテ化されているという。もちろん、場合によっては、紙と電子カルテを併用しているという。この病院では、1990年に外来部門から導入を行ったという。

電子カルテの入力は前述のとおり、入力は英語で行うことになっている。電子カルテになって「保険請求が楽になった」という点が大きなメリットという。ただしこのことは、前にも述べたように、保険請求を通して医療の質、内容に対する政府のコントロールを可能にするという点もある。

また、電子カルテは、入力に手間がかかり、現場では、嫌われ、導入が遅れるというという

こともあるが、入力に紙に書くよりも長くなっているということはないという回答を受けた。

詳しく聞くことができなかったが、電子カルテの場合、紙のカルテの自由に記載できるのとは異なり、記述の方法が電子カルテでは制約がある。たとえば、字数の制限や症状、投薬などを選択肢で選択していくということもありうる。そうなれば、電子カルテが症状、治療の方針について、一定の枠をはめていくということも考えられる。

以前のように、症状、投薬当についても、微妙な違いを表現するのが難しくなり、それぞれデジタルに判断していくようになる。その結果記載時間は短くなる。もちろん、それにつれて、診療時間も短くなったのではないかと考えられるが、そこまで聞く余裕はなかった。

カルテのみならず、現在の医療現場では、診療に関する記録をすべて電子化しようという動きがある。看護記録も電子化することが推進されるのではと思われたが、この病院では、看護記録は紙ベースで行っているという。

看護記録を電子化してほしいという要望を出していないので、紙に記録を書くというスタイルのままであるという。

他の病院では、看護記録も電子化しているところもあるというが、この病院では違うという。看護記録は中国語で書くので、電子化の際には中国語で入力をせねばならず、入力が大変になるのではないかとこの危惧があるという。

また、看護記録は、自分で書かないと自分の記録とは思えないといったこともあり、電子化は見送られている。

ということは、電子化のメリットである、医療行為（看護行為）の標準化が難しくなり、EBNの進展という点で考えても不利になると思われるが、看護をあらかじめ一定の枠をはめ、その枠内で考えるといったことや、看護行為に対するコントロールを免れるというメリットはある。

また、紙のカルテは改竄が容易であるという。しかしながら、電子カルテは変更が不可能である。

また、電子カルテは図などを詳しくかけないが、コンピュータ入力の際に詳しく入力して、説明するという。

プリントアウトした後に紙に書く。入力できることができる病院もあるという話である。

電子カルテを導入してよかったこととして、ネットワークでみんながカルテを見ることができるということをあげていた。患者に見せられないところやほかのスタッフに見せられないところは、暗号化すればセキュリティーも安心である。

また、電子カルテ化されると、統計がとりやすくなる。さまざまな管理が容易になるという点も上げていた。

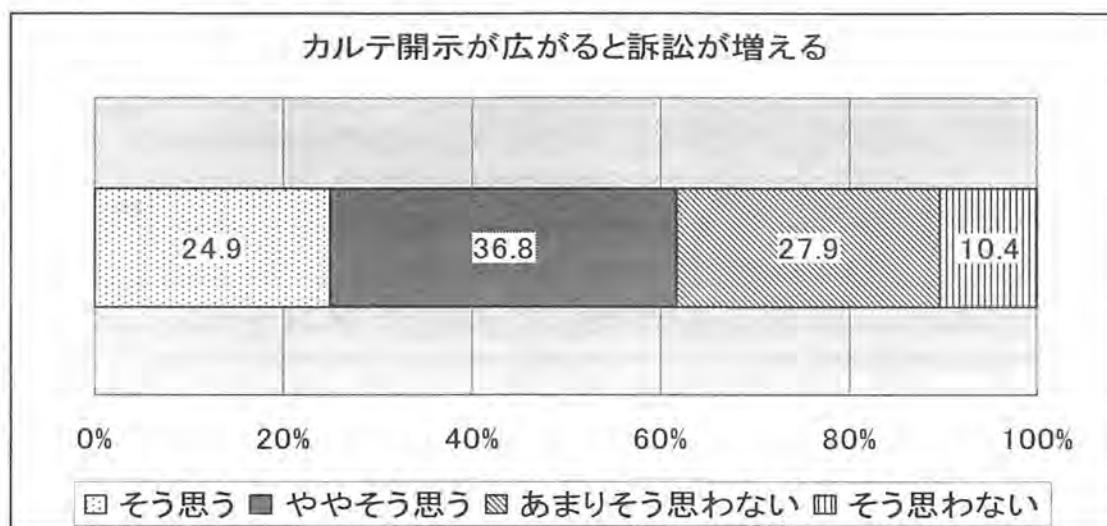
「カルテ開示希望に対する気持ち ―訴訟―」

台湾でも、カルテ開示の請求等があった場合には、コピーには応じるものの、やはり何らかの「警戒感」を抱くという。「カルテを見せてほしい」という人は、医療訴訟を念頭においているのではないかと勘ぐってしまうという。

この点は日本でも同じである。以前、病院でカルテ開示（コピー）を請求したところ、「カルテのコピーに応じる」旨受付カウンターに堂々と書かれているにもかかわらず、「コピーが本当に必要なのか」ということを少なくとも3回は聞かれ、事務員は大変慌てふためいていた。

さらに、現在、台湾では医療訴訟が増加傾向にあるという。この点についても日本と同じである。

日本での調査では、「カルテ開示が進展すれば、訴訟が増える」という設問に対して、半数以上の医師が訴訟の増加を予想している。



本来、カルテ開示と医療訴訟は直結しているわけではない。先にも述べたようにカルテ開示を請求するにはさまざまな目的があると思われる。もちろん、その中に医療訴訟の証拠としてという目的でカルテ開示の請求を行っているという場合もあると思われる。

しかしながら、仮にそうだとしても、それはカルテ開示の請求そのものをいわゆる「やつつけ仕事」で「請求されたから、開示しました」で終わっているところにあるのではないか。

つまり、患者、患者家族はどういう目的であるいはどういう気持ちでカルテ開示を請求したのかということをしちゃんと聞いていないし、病院側は聞こうとしていない。実際にカルテ開示の請求を行った際に、なぜ必要なのか、どうして請求する気持ちになったのかということなどは省みられる、配慮されることもなく、カルテ開示を請求するかしないかの1点だけに集中されており、ひじょうに事務的な対応であった。

日本で調査した際、インタビューを行った医師の中には、カルテ開示には応じるが、たとえカルテのコピーをもらったとしても、わからないだろうという回答があった。

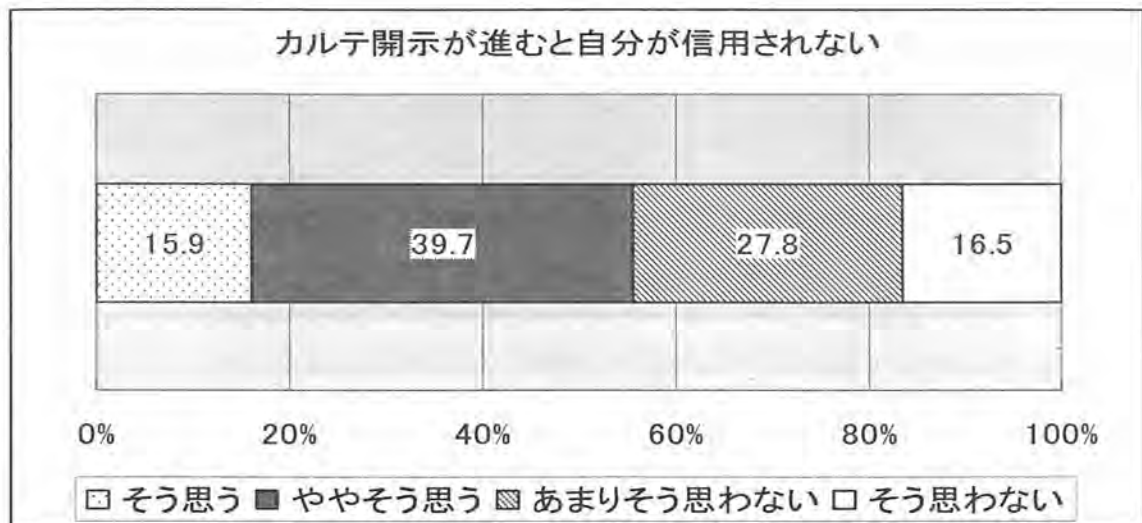
そのとおりであるが、それは逆で、カルテ開示と合わせて、「分からないところがあれば、気軽に質問してください」というようにカルテ開示を更なる良好な関係の構築に向けての道具立てとして利用すれば、いきなり医療訴訟ということにはならないのではないか。

あるいは、開示したもののどのように患者が理解したか分からないといった問題もクリアになるとと思われる。

カルテ開示を単に開示するだけと捉えるのではなく、より積極的な関係構築に向けた戦略の一つと考えるべきではないか。この点は日本、台湾とも同じ課題を抱えているのではないだろうか。

「カルテ開示に対する気持ち ―信頼―」

カルテ開示を請求があった場合、医師は自分が患者から信頼されていない気持ちになるという。これは日本でもカルテ開示を受けた場合、過半数の医師は「自分が信頼されていない」と感じると回答している。



これについては、医師と患者の間にはじめから信頼関係が存在し、カルテ開示請求という行為によりその信頼関係に疑念を持つてしまうということである。

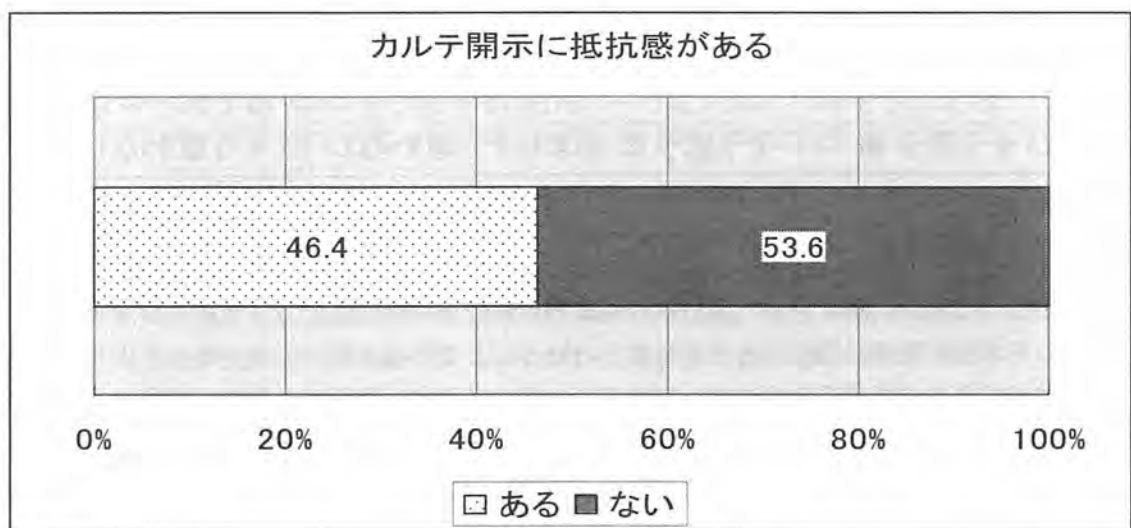
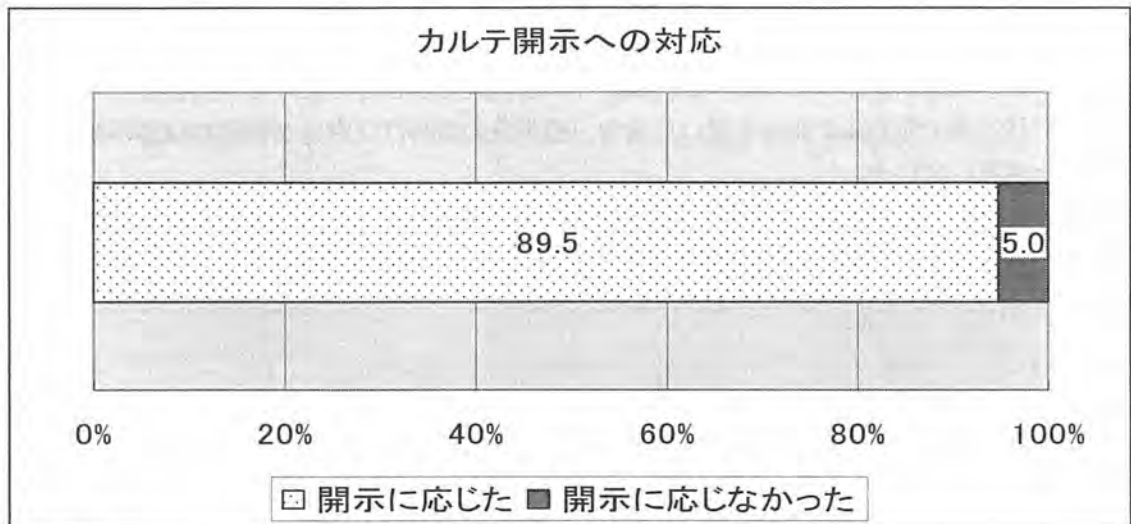
このはじめから、信頼関係が存在しているという点は日本も同じである。専門職に対して絶大な信頼を置いていた昔と違い、学歴の全体的な上昇と、医療事故などが頻繁に取り上げられるようになったこと、医師患者関係がサービス提供者とサービスの購入者の関係に模されるようになったことなどから、医師の地位は相対的に低下している。

ということは、以前のような医師患者関係にないので、医師も努力が患者の信頼を勝ち取ることが必要になる。

また、信頼関係というものはその関係が一定レベル築かれたのであれば、あとは強固で不変的なものではない。ちょっとしたことで揺らいで、ちょっとしたことで修復されるものである。つまり、信頼関係は不断の努力によって「維持」されるものであって、「モノ」のように存在しているものではない。

つまり、信頼をどのように作り上げるかは、医師本人が患者との間の関係をどのように考えるかによる。

このことが、カルテ開示に対しての抵抗感として存在することになる。カルテ開示に対する日本人医師の過半数が、カルテ開示に対して抵抗感を持っている。

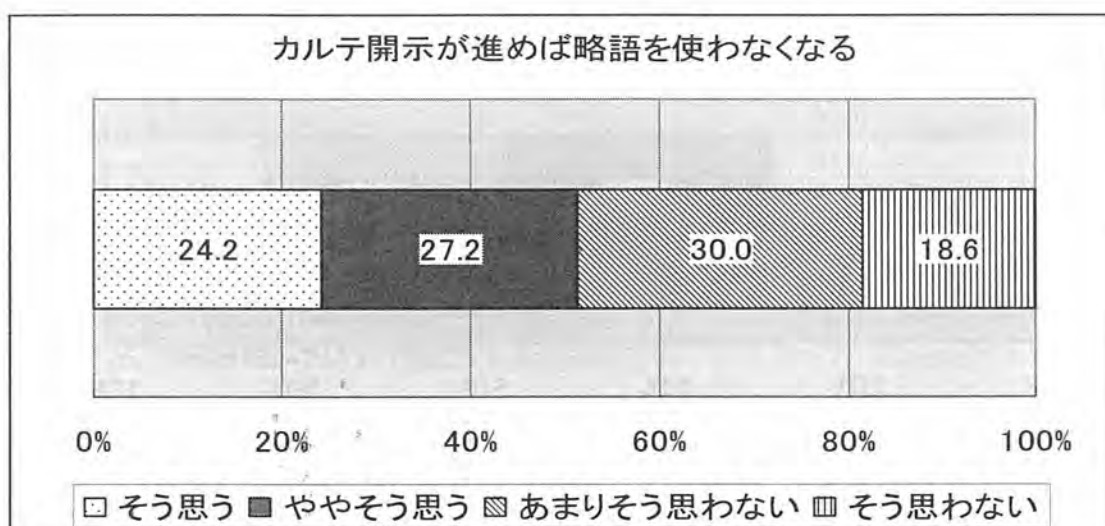
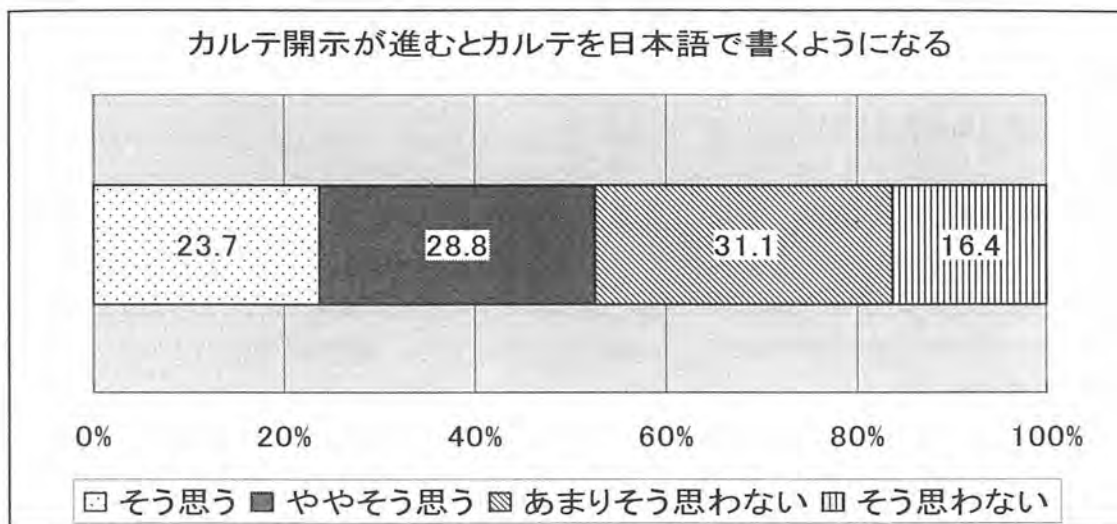


この抵抗感は、前出のカルテのコピーを求められたらケースバイケースがもっとも多かったというところからも理解できる。

つまり、患者の状況はそれぞれ異なるわけで、それを一律に開示／非開示を決めることはできないと感じているのである。一般論と個別の問題は別に論じる必要があるようである。

また、カルテ開示が進展すれば、カルテを見る人たちのことを念頭において、カルテを書くようになるのではないかと考えたが、台湾では、医学教育は英語でカルテは英語、大学の先生は中国語でカルテを書くことに反対しているという。

これは日本でも調査したが、カルテ開示が行われるようになれば、カルテを日本語で書くようになると思うかという設問に対して、過半数の医師が否定的な意見を述べている。



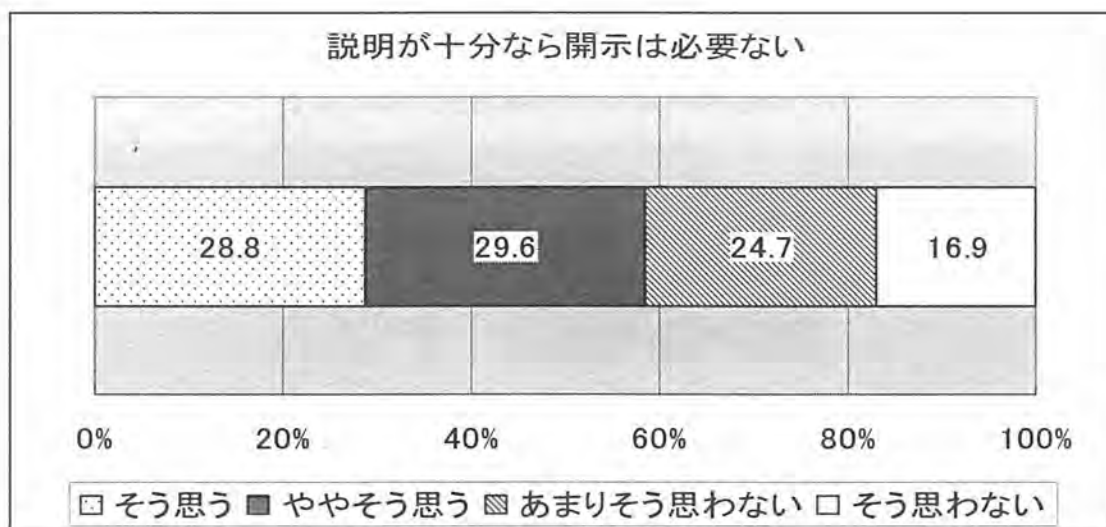
同じようにカルテ開示が進むとカルテの書き方が変化するという設題には、過半数の医師が否定的な意見を述べている。

つまり、カルテ開示が進展しても、日本でも台湾でもカルテそのものの書き方が変化するとは考えられていない。

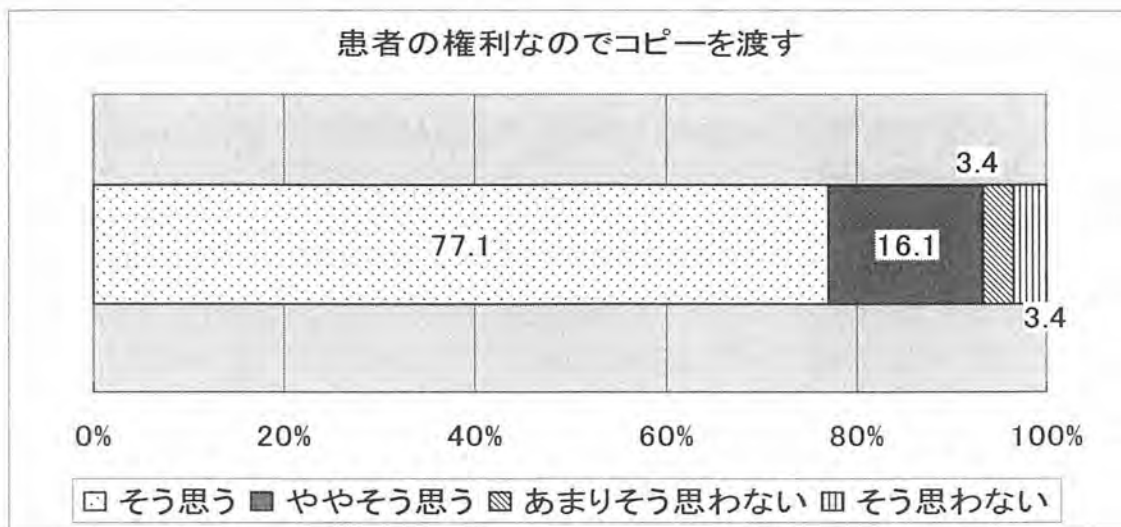
「カルテを見る権利」

カルテは誰のものか。病院のものコピーしてほしいと頼まれれば、コピーを渡す。ただし、必要な部分だけをコピーして渡すようにしているので、カルテ全部をコピーしてほしいと頼まれた場合、何かトラブルが発生しているのではないかと疑う。診療等が疑われているのではないかと考える。

これは日本でも、説明が十分ならカルテ開示は必要ないと約 60%の医師が回答している。



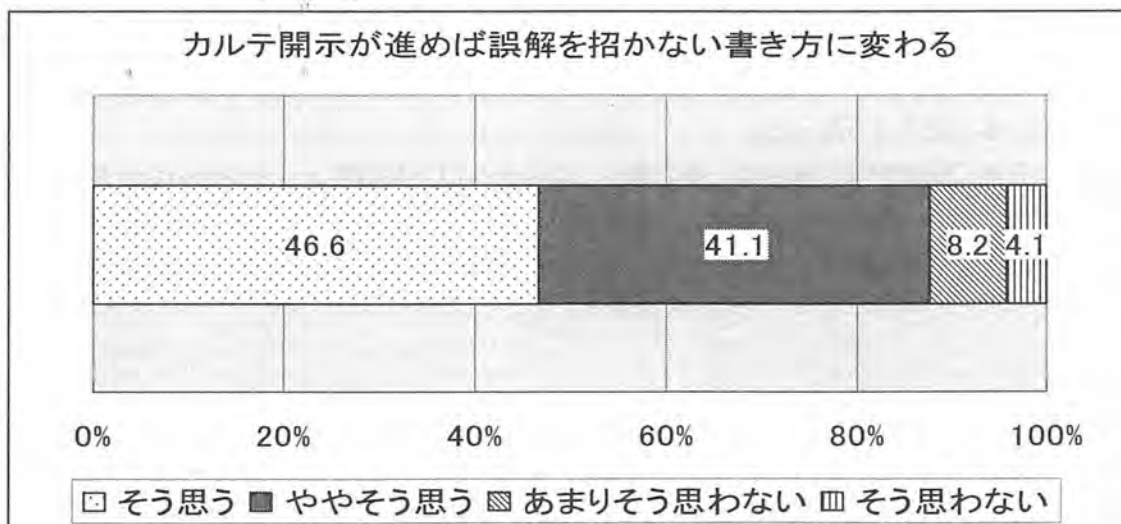
それでいて、患者がカルテを見る権利はほとんどの医師が認めている。権利としてカルテを見ることを認めているものの、その説明が十分ならカルテ開示はいらないという条件が付くと、カルテ開示請求の正当性が主張できるときは、説明が十分でなかったときだけになってしまうのでもう少し考えたほうがよい。



2003年の法律の改正で、いつ来てもコピーができるようにしているし、コピーを認めるように医師を教育している。

「カルテの誤解」

医師もカルテに書く内容に気をつけるようになった。特に日本では、カルテ開示のことを念頭におくと、誤解を招かない歩き方に変わるというのが

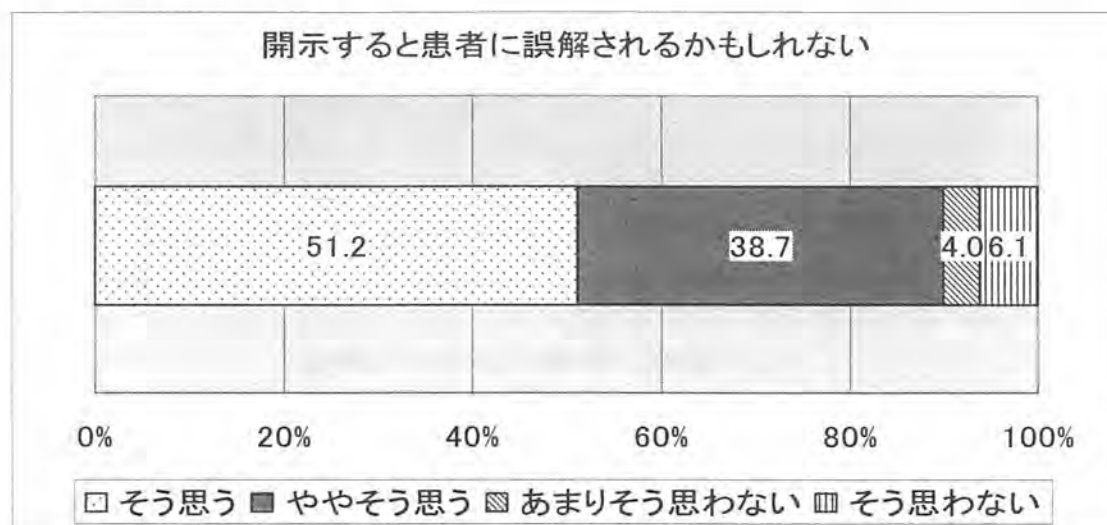


医師患者関係は対等へと変化している。「秘密を守る権利」など患者の権利を守る旨の紙を渡している。

説明義務として、どんな薬を投与するのか、どんな手順で、どんな手術を行うのかといったことをきちんと説明しなければならない。ただ、説明を誤解している場合があるので、詳しく

て理解しやすい説明が必要である。

日本でも開示すると誤解されるかもしれないと考えている医師が全体の90%を超えている。これは、開示したものが単なるコピーなどであった場合、おそらくコピーをもらったものの読めないということもあるかもしれない。あるいは、もともと患者には早とちりの人が多くいるということなのかもしれない。

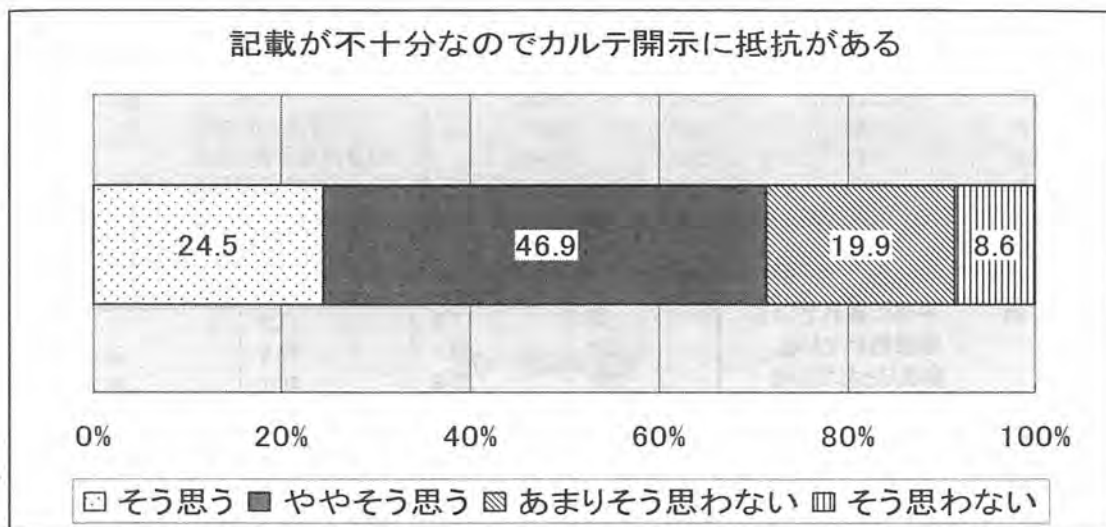


「十分な記載と患者の受け止め方」

診断証明書などは中国語で書かれている。カルテを何語で書かなければならないという決まりはないが、英語で習ったから英語で書いている。

手術の同意書や説明書を以前はその場でサインしてもらっていたが、現在では、うちへ持って帰ってもらって、ゆっくり読んでOKならサインしてもらうように変わった。私のことを大事にしていると思うようになった。

カルテを書く時間がない場合は、後で書く。カルテへの記載がちょっと少ないなと思えば、後で書き加える。その後カルテ管理チームがちょっと少ないなと思えば、担当医の医師にまだ直っていないと言いに行く。



カルテの内容について 30 人で、1 ヶ月 300 冊のカルテを確認する。カルテの内容を正しく書くことに対して、腐心している。

ここ 5 年以内に全部電子カルテ化されると思われるので、正しく記載する方法等もあわせて考える必要がある。

(付) 京都府医師調査・単純集計

度数分布

問1 記載時間

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	十分に取れている	96	11.8	11.9	11.9
	ほぼ取れている	327	40.1	40.5	52.4
	あまりとれていない	292	35.8	36.1	88.5
	十分でない	93	11.4	11.5	100.0
	合計	808	99.1	100.0	
欠損値	無回答	7	.9		
合計		815	100.0		

問2 カルテ教育

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	ある	365	44.8	45.3	45.3
	ない	441	54.1	54.7	100.0
	合計	806	98.9	100.0	
欠損値	無回答	9	1.1		
合計		815	100.0		

問3 治療の証明

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	749	91.9	92.7	92.7
	ややそう思う	55	6.7	6.8	99.5
	あまりそう思わない	4	.5	.5	100.0
	合計	808	99.1	100.0	
欠損値	無回答	7	.9		
合計		815	100.0		

問3 思考過程

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	406	49.8	50.6	50.6
	ややそう思う	304	37.3	37.9	88.4
	あまりそう思わない	75	9.2	9.3	97.8
	そう思わない	18	2.2	2.2	100.0
	合計	803	98.5	100.0	
欠損値	無回答	12	1.5		
合計		815	100.0		

問3 学術研究

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	56	6.9	7.1	7.1
	ややそう思う	169	20.7	21.3	28.4
	あまりそう思わない	372	45.6	47.0	75.4
	そう思わない	195	23.9	24.6	100.0
	合計	792	97.2	100.0	
欠損値	無回答	23	2.8		
合計		815	100.0		

問3 スタッブに指示

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	295	36.2	37.0	37.0
	ややそう思う	258	31.7	32.4	69.4
	あまりそう思わない	149	18.3	18.7	88.1
	そう思わない	95	11.7	11.9	100.0
	合計	797	97.8	100.0	
欠損値	無回答	18	2.2		
合計		815	100.0		

問3 訴訟の証拠

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	452	55.5	56.5	56.5
	ややそう思う	253	31.0	31.6	88.1
	あまりそう思わない	72	8.8	9.0	97.1
	そう思わない	23	2.8	2.9	100.0
	合計	800	98.2	100.0	
欠損値	無回答	15	1.8		
合計		815	100.0		

問3 見せながら説明

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	102	12.5	12.8	12.8
	ややそう思う	222	27.2	27.8	40.5
	あまりそう思わない	333	40.9	41.6	82.1
	そう思わない	143	17.5	17.9	100.0
	合計	800	98.2	100.0	
欠損値	無回答	15	1.8		
合計		815	100.0		

問3 考えを伝える

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	281	34.5	35.3	35.3
	ややそう思う	301	36.9	37.8	73.0
	あまりそう思わない	141	17.3	17.7	90.7
	そう思わない	74	9.1	9.3	100.0
	合計	797	97.8	100.0	
欠損値	無回答	18	2.2		
合計		815	100.0		

問3 メモ

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	83	10.2	10.5	10.5
	ややそう思う	230	28.2	29.0	39.5
	あまりそう思わない	189	23.2	23.9	63.4
	そう思わない	290	35.6	36.6	100.0
	合計	792	97.2	100.0	
欠損値	無回答	23	2.8		
合計		815	100.0		

問3 記録

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	694	85.2	85.9	85.9
	ややそう思う	107	13.1	13.2	99.1
	あまりそう思わない	5	.6	.6	99.8
	そう思わない	2	.2	.2	100.0
	合計	808	99.1	100.0	
欠損値	無回答	7	.9		
合計		815	100.0		

問3 公文書

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	483	59.3	60.1	60.1
	ややそう思う	191	23.4	23.8	83.9
	あまりそう思わない	105	12.9	13.1	97.0
	そう思わない	24	2.9	3.0	100.0
	合計	803	98.5	100.0	
欠損値	無回答	12	1.5		
合計		815	100.0		

問3 機能評価

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	273	33.5	34.1	34.1
	ややそう思う	255	31.3	31.8	65.9
	あまりそう思わない	194	23.8	24.2	90.1
	そう思わない	79	9.7	9.9	100.0
	合計	801	98.3	100.0	
欠損値	無回答	14	1.7		
合計		815	100.0		

問4 新しい医療技術を提供

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	重要である	356	43.7	44.6	44.6
	やや重要である	343	42.1	42.9	87.5
	あまり重要でない	92	11.3	11.5	99.0
	重要でない	8	1.0	1.0	100.0
	合計	799	98.0	100.0	
欠損値	無回答	16	2.0		
合計		815	100.0		

問4 患者が医師を信頼

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	重要である	692	84.9	86.0	86.0
	やや重要である	101	12.4	12.5	98.5
	あまり重要でない	12	1.5	1.5	100.0
	合計	805	98.8	100.0	
欠損値	無回答	10	1.2		
合計		815	100.0		

問4 診療内容を丁寧に説明する

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	重要である	683	83.8	85.1	85.1
	やや重要である	115	14.1	14.3	99.4
	あまり重要でない	4	.5	.5	99.9
	重要でない	1	.1	.1	100.0
	合計	803	98.5	100.0	
欠損値	無回答	12	1.5		
合計		815	100.0		

問4 セカンド・オピニオンをすすめる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	重要である	207	25.4	26.0	26.0
	やや重要である	425	52.1	53.5	79.5
	あまり重要でない	147	18.0	18.5	98.0
	重要でない	16	2.0	2.0	100.0
	合計	795	97.5	100.0	
欠損値	無回答	20	2.5		
合計		815	100.0		

問4 治療に対する安心感を与える

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	重要である	672	82.5	83.5	83.5
	やや重要である	124	15.2	15.4	98.9
	あまり重要でない	8	1.0	1.0	99.9
	重要でない	1	.1	.1	100.0
	合計	805	98.8	100.0	
欠損値	無回答	10	1.2		
合計		815	100.0		

問4 患者が医学的知識をもつ

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	重要である	280	34.4	34.8	34.8
	やや重要である	402	49.3	49.9	84.7
	あまり重要でない	114	14.0	14.2	98.9
	重要でない	9	1.1	1.1	100.0
	合計	805	98.8	100.0	
欠損値	無回答	10	1.2		
合計		815	100.0		

問4 患者と接する時間を多くとる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	重要である	403	49.4	50.2	50.2
	やや重要である	356	43.7	44.3	94.5
	あまり重要でない	40	4.9	5.0	99.5
	重要でない	4	.5	.5	100.0
	合計	803	98.5	100.0	
欠損値	無回答	12	1.5		
合計		815	100.0		

問4 医師が患者を信頼する

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	重要である	376	46.1	46.9	46.9
	やや重要である	335	41.1	41.8	88.7
	あまり重要でない	71	8.7	8.9	97.5
	重要でない	20	2.5	2.5	100.0
	合計	802	98.4	100.0	
欠損値	無回答	13	1.6		
合計		815	100.0		

問4 患者の話を聞く

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	重要である	658	80.7	81.6	81.6
	やや重要である	143	17.5	17.7	99.4
	あまり重要でない	5	.6	.6	100.0
	合計	806	98.9	100.0	
欠損値	無回答	9	1.1		
合計		815	100.0		

問4 患者を納得させる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	重要である	610	74.8	75.6	75.6
	やや重要である	178	21.8	22.1	97.6
	あまり重要でない	16	2.0	2.0	99.6
	重要でない	3	.4	.4	100.0
	合計	807	99.0	100.0	
欠損値	無回答	8	1.0		
合計		815	100.0		

問5 開示の申し出をうけたこと

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	ある	178	21.8	22.0	22.0
	ない	617	75.7	76.2	98.1
	わからない	15	1.8	1.9	100.0
	合計	810	99.4	100.0	
欠損値	無回答	5	.6		
合計		815	100.0		

問5-1 申し出への対応

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	開示に応じた	162	19.9	89.5	89.5
	開示に応じなかった	9	1.1	5.0	94.5
	その他	10	1.2	5.5	100.0
	合計	181	22.2	100.0	
欠損値	非該当	627	76.9		
	無回答	7	.9		
	合計	634	77.8		
合計		815	100.0		

問6 カルテ開示にどのように対応すべき

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	すべての患者にコピーを渡す	225	27.6	28.2	28.2
	ケースバイケースで判断する	530	65.0	66.5	94.7
	あまり必要でない	42	5.2	5.3	100.0
	合計	797	97.8	100.0	
欠損値	無回答	18	2.2		
合計		815	100.0		

問7 カルテを見せることに抵抗感がある

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	ある	373	45.8	46.4	46.4
	ない	431	52.9	53.6	100.0
	合計	804	98.7	100.0	
欠損値	無回答	11	1.3		
合計		815	100.0		

問7 患者に誤解されるから

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	178	21.8	48.0	48.0
	ややそう思う	147	18.0	39.6	87.6
	あまりそう思わない	29	3.6	7.8	95.4
	そう思わない	17	2.1	4.6	100.0
	合計	371	45.5	100.0	
欠損値	非該当	429	52.6		
	無回答	15	1.8		
	合計	444	54.5		
合計		815	100.0		

問7 患者に評価されている気がする

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	39	4.8	10.6	10.6
	ややそう思う	136	16.7	36.9	47.4
	あまりそう思わない	134	16.4	36.3	83.7
	そう思わない	60	7.4	16.3	100.0
	合計	369	45.3	100.0	
欠損値	非該当	429	52.6		
	無回答	17	2.1		
	合計	446	54.7		
合計		815	100.0		

問7 自分が信頼されていない

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	59	7.2	15.9	15.9
	ややそう思う	147	18.0	39.7	55.7
	あまりそう思わない	103	12.6	27.8	83.5
	そう思わない	61	7.5	16.5	100.0
	合計	370	45.4	100.0	
欠損値	非該当	429	52.6		
	無回答	16	2.0		
	合計	445	54.6		
合計		815	100.0		

問7 患者に不安を与える

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	81	9.9	22.0	22.0
	ややそう思う	188	23.1	51.1	73.1
	あまりそう思わない	72	8.8	19.6	92.7
	そう思わない	27	3.3	7.3	100.0
	合計	368	45.2	100.0	
欠損値	非該当	429	52.6		
	無回答	18	2.2		
	合計	447	54.8		
合計		815	100.0		

問7 記載が不十分だから

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	91	11.2	24.5	24.5
	ややそう思う	174	21.3	46.9	71.4
	あまりそう思わない	74	9.1	19.9	91.4
	そう思わない	32	3.9	8.6	100.0
	合計	371	45.5	100.0	
欠損値	非該当	429	52.6		
	無回答	15	1.8		
	合計	444	54.5		
合計		815	100.0		

問7 訴訟を起こされる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	58	7.1	15.7	15.7
	ややそう思う	138	16.9	37.3	53.0
	あまりそう思わない	122	15.0	33.0	85.9
	そう思わない	52	6.4	14.1	100.0
	合計	370	45.4	100.0	
欠損値	非該当	429	52.6		
	無回答	16	2.0		
	合計	445	54.6		
合計		815	100.0		

問7 カルテは自分のものだから

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	32	3.9	8.7	8.7
	ややそう思う	55	6.7	14.9	23.6
	あまりそう思わない	106	13.0	28.7	52.3
	そう思わない	176	21.6	47.7	100.0
	合計	369	45.3	100.0	
欠損値	非該当	429	52.6		
	無回答	17	2.1		
	合計	446	54.7		
合計		815	100.0		

問7 ミスを詮索されているように感じる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	52	6.4	14.2	14.2
	ややそう思う	172	21.1	47.1	61.4
	あまりそう思わない	92	11.3	25.2	86.6
	そう思わない	49	6.0	13.4	100.0
	合計	365	44.8	100.0	
欠損値	非該当	429	52.6		
	無回答	21	2.6		
	合計	450	55.2		
合計		815	100.0		

問7 カルテが一人歩きする

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	153	18.8	41.4	41.4
	ややそう思う	151	18.5	40.8	82.2
	あまりそう思わない	45	5.5	12.2	94.3
	そう思わない	21	2.6	5.7	100.0
	合計	370	45.4	100.0	
欠損値	非該当	429	52.6		
	無回答	16	2.0		
	合計	445	54.6		
合計		815	100.0		

問7 医師の裁量権を侵されている

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	59	7.2	15.9	15.9
	ややそう思う	114	14.0	30.8	46.8
	あまりそう思わない	133	16.3	35.9	82.7
	そう思わない	64	7.9	17.3	100.0
	合計	370	45.4	100.0	
欠損値	非該当	429	52.6		
	無回答	16	2.0		
	合計	445	54.6		
合計		815	100.0		

問8 診断名

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	記載できる	23	2.8	3.0	3.0
	やや記載できる	90	11.0	11.6	14.5
	あまり記載できない	101	12.4	13.0	27.5
	記載できない	564	69.2	72.5	100.0
	合計	778	95.5	100.0	
欠損値	無回答	37	4.5		
合計		815	100.0		

問8 保険病名

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	記載できる	81	9.9	10.4	10.4
	やや記載できる	242	29.7	31.1	41.6
	あまり記載できない	131	16.1	16.9	58.4
	記載できない	323	39.6	41.6	100.0
	合計	777	95.3	100.0	
欠損値	無回答	38	4.7		
合計		815	100.0		

問8 治療への否定的評価

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	記載できる	53	6.5	7.1	7.1
	やや記載できる	242	29.7	32.4	39.5
	あまり記載できない	185	22.7	24.8	64.3
	記載できない	267	32.8	35.7	100.0
	合計	747	91.7	100.0	
欠損値	無回答	68	8.3		
合計		815	100.0		

問8 医療過誤

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	記載できる	159	19.5	20.9	20.9
	やや記載できる	309	37.9	40.7	61.7
	あまり記載できない	161	19.8	21.2	82.9
	記載できない	130	16.0	17.1	100.0
	合計	759	93.1	100.0	
欠損値	無回答	56	6.9		
合計		815	100.0		

問8 患者の余命

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	記載できる	163	20.0	21.0	21.0
	やや記載できる	281	34.5	36.2	57.2
	あまり記載できない	138	16.9	17.8	75.0
	記載できない	194	23.8	25.0	100.0
	合計	776	95.2	100.0	
欠損値	無回答	39	4.8		
合計		815	100.0		

問8 患者に関する主観的評価

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	記載できる	185	22.7	24.0	24.0
	やや記載できる	295	36.2	38.3	62.3
	あまり記載できない	168	20.6	21.8	84.0
	記載できない	123	15.1	16.0	100.0
	合計	771	94.6	100.0	
欠損値	無回答	44	5.4		
合計		815	100.0		

問8 家族や第三者からの情報

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	記載できる	290	35.6	37.4	37.4
	やや記載できる	317	38.9	40.9	78.3
	あまり記載できない	81	9.9	10.5	88.8
	記載できない	87	10.7	11.2	100.0
	合計	775	95.1	100.0	
欠損値	無回答	40	4.9		
合計		815	100.0		

問8 患者に打ち明けられた秘密

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	記載できる	284	34.8	36.3	36.3
	やや記載できる	274	33.6	35.0	71.4
	あまり記載できない	102	12.5	13.0	84.4
	記載できない	122	15.0	15.6	100.0
	合計	782	96.0	100.0	
欠損値	無回答	33	4.0		
合計		815	100.0		

問8 他の医師への否定的評価

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	記載できる	234	28.7	30.3	30.3
	やや記載できる	336	41.2	43.5	73.8
	あまり記載できない	113	13.9	14.6	88.5
	記載できない	89	10.9	11.5	100.0
	合計	772	94.7	100.0	
欠損値	無回答	43	5.3		
合計		815	100.0		

問9 略語使わなくなる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	194	23.8	24.2	24.2
	ややそう思う	218	26.7	27.2	51.4
	あまりそう思わない	240	29.4	30.0	81.4
	そう思わない	149	18.3	18.6	100.0
	合計	801	98.3	100.0	
欠損値	無回答	14	1.7		
合計		815	100.0		

問9 詳しく書くようになる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	287	35.2	35.7	35.7
	ややそう思う	337	41.3	41.9	77.5
	あまりそう思わない	118	14.5	14.7	92.2
	そう思わない	63	7.7	7.8	100.0
	合計	805	98.8	100.0	
欠損値	無回答	10	1.2		
合計		815	100.0		

問9 文字を丁寧に書く

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	265	32.5	33.1	33.1
	ややそう思う	290	35.6	36.2	69.3
	あまりそう思わない	170	20.9	21.2	90.5
	そう思わない	76	9.3	9.5	100.0
	合計	801	98.3	100.0	
欠損値	無回答	14	1.7		
合計		815	100.0		

問9 断定的な表現を使わない

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	180	22.1	22.5	22.5
	ややそう思う	407	49.9	50.9	73.4
	あまりそう思わない	150	18.4	18.8	92.1
	そう思わない	63	7.7	7.9	100.0
	合計	800	98.2	100.0	
欠損値	無回答	15	1.8		
合計		815	100.0		

問9 誤解を招かない書き方

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	374	45.9	46.6	46.6
	ややそう思う	330	40.5	41.1	87.7
	あまりそう思わない	66	8.1	8.2	95.9
	そう思わない	33	4.0	4.1	100.0
	合計	803	98.5	100.0	
欠損値	無回答	12	1.5		
合計		815	100.0		

問9 マニュアルに従って書く

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	190	23.3	23.7	23.7
	ややそう思う	284	34.8	35.4	59.1
	あまりそう思わない	225	27.6	28.1	87.2
	そう思わない	103	12.6	12.8	100.0
	合計	802	98.4	100.0	
欠損値	無回答	13	1.6		
合計		815	100.0		

問9 日本語で書く

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	191	23.4	23.7	23.7
	ややそう思う	232	28.5	28.8	52.5
	あまりそう思わない	250	30.7	31.1	83.6
	そう思わない	132	16.2	16.4	100.0
	合計	805	98.8	100.0	
欠損値	無回答	10	1.2		
合計		815	100.0		

問10 検査が増える

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	128	15.7	16.0	16.0
	ややそう思う	201	24.7	25.2	41.2
	あまりそう思わない	320	39.3	40.1	81.2
	そう思わない	150	18.4	18.8	100.0
	合計	799	98.0	100.0	
欠損値	無回答	16	2.0		
合計		815	100.0		

問10 医療費が抑えられる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	21	2.6	2.6	2.6
	ややそう思う	75	9.2	9.4	12.0
	あまりそう思わない	348	42.7	43.4	55.4
	そう思わない	358	43.9	44.6	100.0
	合計	802	98.4	100.0	
欠損値	無回答	13	1.6		
合計		815	100.0		

問10 患者との信頼が崩れやすくなる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	59	7.2	7.4	7.4
	ややそう思う	201	24.7	25.3	32.7
	あまりそう思わない	342	42.0	43.1	75.8
	そう思わない	192	23.6	24.2	100.0
	合計	794	97.4	100.0	
欠損値	無回答	21	2.6		
合計		815	100.0		

問10 カルテ記載に費やす労力が増える

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	435	53.4	54.0	54.0
	ややそう思う	285	35.0	35.4	89.3
	あまりそう思わない	48	5.9	6.0	95.3
	そう思わない	38	4.7	4.7	100.0
	合計	806	98.9	100.0	
欠損値	無回答	9	1.1		
合計		815	100.0		

問10 医療水準が向上する

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	72	8.8	8.9	8.9
	ややそう思う	190	23.3	23.6	32.5
	あまりそう思わない	378	46.4	47.0	79.5
	そう思わない	165	20.2	20.5	100.0
	合計	805	98.8	100.0	
欠損値	無回答	10	1.2		
合計		815	100.0		

問10 患者との信頼関係が築きやすくなる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	103	12.6	12.8	12.8
	ややそう思う	225	27.6	27.9	40.6
	あまりそう思わない	352	43.2	43.6	84.3
	そう思わない	127	15.6	15.7	100.0
	合計	807	99.0	100.0	
欠損値	無回答	8	1.0		
合計		815	100.0		

問10 訴訟が増える

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	200	24.5	24.9	24.9
	ややそう思う	296	36.3	36.8	61.7
	あまりそう思わない	224	27.5	27.9	89.6
	そう思わない	84	10.3	10.4	100.0
	合計	804	98.7	100.0	
欠損値	無回答	11	1.3		
合計		815	100.0		

問10 プラセボ使えなくなる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	272	33.4	34.0	34.0
	ややそう思う	261	32.0	32.7	66.7
	あまりそう思わない	153	18.8	19.1	85.9
	そう思わない	113	13.9	14.1	100.0
	合計	799	98.0	100.0	
欠損値	無回答	16	2.0		
合計		815	100.0		

問10 診断名の標準化が進む

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	251	30.8	31.3	31.3
	ややそう思う	350	42.9	43.6	74.8
	あまりそう思わない	142	17.4	17.7	92.5
	そう思わない	60	7.4	7.5	100.0
	合計	803	98.5	100.0	
欠損値	無回答	12	1.5		
合計		815	100.0		

問10 患者が医療の主体になる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	112	13.7	13.9	13.9
	ややそう思う	283	34.7	35.2	49.1
	あまりそう思わない	288	35.3	35.8	85.0
	そう思わない	121	14.8	15.0	100.0
	合計	804	98.7	100.0	
欠損値	無回答	11	1.3		
合計		815	100.0		

問10 開示に保険点数がつく

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	130	16.0	16.3	16.3
	ややそう思う	164	20.1	20.6	36.8
	あまりそう思わない	269	33.0	33.7	70.6
	そう思わない	235	28.8	29.4	100.0
	合計	798	97.9	100.0	
欠損値	無回答	17	2.1		
合計		815	100.0		

問10 患者に見せながら書く

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	99	12.1	12.4	12.4
	ややそう思う	237	29.1	29.7	42.1
	あまりそう思わない	292	35.8	36.5	78.6
	そう思わない	171	21.0	21.4	100.0
	合計	799	98.0	100.0	
欠損値	無回答	16	2.0		
合計		815	100.0		

問10 別の記録が作られるようになる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	78	9.6	9.8	9.8
	ややそう思う	179	22.0	22.5	32.2
	あまりそう思わない	242	29.7	30.4	62.6
	そう思わない	298	36.6	37.4	100.0
	合計	797	97.8	100.0	
欠損値	無回答	18	2.2		
合計		815	100.0		

問10 カルテ管理の専門家が必要

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	186	22.8	23.2	23.2
	ややそう思う	230	28.2	28.7	51.9
	あまりそう思わない	215	26.4	26.8	78.8
	そう思わない	170	20.9	21.2	100.0
	合計	801	98.3	100.0	
欠損値	無回答	14	1.7		
合計		815	100.0		

問10 医師と患者が対等

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	101	12.4	12.7	12.7
	ややそう思う	210	25.8	26.4	39.1
	あまりそう思わない	328	40.2	41.2	80.3
	そう思わない	157	19.3	19.7	100.0
	合計	796	97.7	100.0	
欠損値	無回答	19	2.3		
合計		815	100.0		

問10 ミスの言い逃れできなくなる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	217	26.6	27.1	27.1
	ややそう思う	304	37.3	37.9	65.0
	あまりそう思わない	199	24.4	24.8	89.8
	そう思わない	82	10.1	10.2	100.0
	合計	802	98.4	100.0	
欠損値	無回答	13	1.6		
合計		815	100.0		

問10 インフォームドコンセントが一般化

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	323	39.6	40.3	40.3
	ややそう思う	323	39.6	40.3	80.6
	あまりそう思わない	110	13.5	13.7	94.4
	そう思わない	45	5.5	5.6	100.0
	合計	801	98.3	100.0	
欠損値	無回答	14	1.7		
合計		815	100.0		

問10 検査の重複が少なくなる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	164	20.1	20.4	20.4
	ややそう思う	241	29.6	30.0	50.5
	あまりそう思わない	282	34.6	35.2	85.7
	そう思わない	115	14.1	14.3	100.0
	合計	802	98.4	100.0	
欠損値	無回答	13	1.6		
合計		815	100.0		

問10 開示がセールスポイントになる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	81	9.9	10.1	10.1
	ややそう思う	178	21.8	22.2	32.3
	あまりそう思わない	357	43.8	44.6	76.9
	そう思わない	185	22.7	23.1	100.0
	合計	801	98.3	100.0	
欠損値	無回答	14	1.7		
合計		815	100.0		

問10 セカンドオピニオンが増える

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	134	16.4	16.8	16.8
	ややそう思う	375	46.0	47.0	63.8
	あまりそう思わない	222	27.2	27.8	91.6
	そう思わない	67	8.2	8.4	100.0
	合計	798	97.9	100.0	
欠損値	無回答	17	2.1		
合計		815	100.0		

問10 カルテの電子化が進む

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	200	24.5	25.1	25.1
	ややそう思う	235	28.8	29.5	54.6
	あまりそう思わない	244	29.9	30.6	85.2
	そう思わない	118	14.5	14.8	100.0
	合計	797	97.8	100.0	
欠損値	無回答	18	2.2		
合計		815	100.0		

問10 医師独自の 治療法がオープンに

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	209	25.6	26.1	26.1
	ややそう思う	373	45.8	46.5	72.6
	あまりそう思わない	163	20.0	20.3	92.9
	そう思わない	57	7.0	7.1	100.0
	合計	802	98.4	100.0	
欠損値	無回答	13	1.6		
合計		815	100.0		

問10 患者の自己責任が増す

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	227	27.9	28.3	28.3
	ややそう思う	293	36.0	36.5	64.8
	あまりそう思わない	199	24.4	24.8	89.5
	そう思わない	84	10.3	10.5	100.0
	合計	803	98.5	100.0	
欠損値	無回答	12	1.5		
合計		815	100.0		

問10 家族間のトラブルのもとになる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	77	9.4	9.6	9.6
	ややそう思う	237	29.1	29.6	39.2
	あまりそう思わない	366	44.9	45.7	84.9
	そう思わない	121	14.8	15.1	100.0
	合計	801	98.3	100.0	
欠損値	無回答	14	1.7		
合計		815	100.0		

問10 知慮への参加意識が高まる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	155	19.0	19.2	19.2
	ややそう思う	371	45.5	46.0	65.3
	あまりそう思わない	234	28.7	29.0	94.3
	そう思わない	46	5.6	5.7	100.0
	合計	806	98.9	100.0	
欠損値	無回答	9	1.1		
合計		815	100.0		

問10 患者との関係作りが難しくなる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	62	7.6	7.7	7.7
	ややそう思う	196	24.0	24.4	32.2
	あまりそう思わない	397	48.7	49.5	81.7
	そう思わない	147	18.0	18.3	100.0
	合計	802	98.4	100.0	
欠損値	無回答	13	1.6		
合計		815	100.0		

問10 医療ミスが減る

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	47	5.8	5.8	5.8
	ややそう思う	214	26.3	26.6	32.4
	あまりそう思わない	368	45.2	45.7	78.1
	そう思わない	176	21.6	21.9	100.0
	合計	805	98.8	100.0	
欠損値	無回答	10	1.2		
合計		815	100.0		

問10 記載内容の整合性が重視される

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	266	32.6	33.3	33.3
	ややそう思う	415	50.9	51.9	85.1
	あまりそう思わない	90	11.0	11.3	96.4
	そう思わない	29	3.6	3.6	100.0
	合計	800	98.2	100.0	
欠損値	無回答	15	1.8		
合計		815	100.0		

問10 患者との関係がビジネスライクに

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	141	17.3	17.5	17.5
	ややそう思う	276	33.9	34.2	51.7
	あまりそう思わない	276	33.9	34.2	86.0
	そう思わない	113	13.9	14.0	100.0
	合計	806	98.9	100.0	
欠損値	無回答	9	1.1		
合計		815	100.0		

問11 カルテ開示に別の法律を定める

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	法律で定めるべき	352	43.2	48.4	48.4
	倫理規定とすべき	376	46.1	51.6	100.0
	合計	728	89.3	100.0	
欠損値	無回答	87	10.7		
合計		815	100.0		

問12 医師もの

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	409	50.2	52.8	52.8
	ややそう思う	220	27.0	28.4	81.2
	あまりそう思わない	88	10.8	11.4	92.5
	そう思わない	58	7.1	7.5	100.0
	合計	775	95.1	100.0	
欠損値	無回答u	40	4.9		
合計		815	100.0		

問12 患者のもの

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	331	40.6	42.9	42.9
	ややそう思う	256	31.4	33.2	76.0
	あまりそう思わない	108	13.3	14.0	90.0
	そう思わない	77	9.4	10.0	100.0
	合計	772	94.7	100.0	
欠損値	無回答u	43	5.3		
合計		815	100.0		

問12 スタッフ全員のもの

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	289	35.5	37.4	37.4
	ややそう思う	273	33.5	35.4	72.8
	あまりそう思わない	122	15.0	15.8	88.6
	そう思わない	88	10.8	11.4	100.0
	合計	772	94.7	100.0	
欠損値	無回答u	43	5.3		
合計		815	100.0		

問12 病院や診療所のもの

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	304	37.3	39.4	39.4
	ややそう思う	236	29.0	30.6	70.0
	あまりそう思わない	140	17.2	18.2	88.2
	そう思わない	91	11.2	11.8	100.0
	合計	771	94.6	100.0	
欠損値	無回答u	44	5.4		
合計		815	100.0		

問12 家族のもの

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	68	8.3	8.9	8.9
	ややそう思う	146	17.9	19.1	28.0
	あまりそう思わない	297	36.4	38.9	66.9
	そう思わない	253	31.0	33.1	100.0
	合計	764	93.7	100.0	
欠損値	無回答u	51	6.3		
合計		815	100.0		

問13 カルテ記載の満足度

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	満足している	35	4.3	4.4	4.4
	ほぼ満足している	318	39.0	39.9	44.3
	あまり満足していない	367	45.0	46.1	90.5
	満足していない	76	9.3	9.5	100.0
	合計	796	97.7	100.0	
欠損値	無回答	19	2.3		
合計		815	100.0		

問14 カルテ開示進展に対する気持ち

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	好ましい	351	43.1	44.4	44.4
	釈然としない	385	47.2	48.7	93.0
	好ましくない	55	6.7	7.0	100.0
	合計	791	97.1	100.0	
欠損値	無回答	24	2.9		
合計		815	100.0		

問15 患者はカルテを見る権利を持つ

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	451	55.3	56.8	56.8
	ややそう思う	221	27.1	27.8	84.6
	あまりそう思わない	91	11.2	11.5	96.1
	そう思わない	31	3.8	3.9	100.0
	合計	794	97.4	100.0	
欠損値	無回答u	21	2.6		
合計		815	100.0		

問15 説明が十分なら開示は必要ない

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	230	28.2	28.8	28.8
	ややそう思う	236	29.0	29.6	58.4
	あまりそう思わない	197	24.2	24.7	83.1
	そう思わない	135	16.6	16.9	100.0
	合計	798	97.9	100.0	
欠損値	無回答u	17	2.1		
合計		815	100.0		

問15 患者の医療情報管理は重要

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	310	38.0	38.8	38.8
	ややそう思う	305	37.4	38.2	77.1
	あまりそう思わない	141	17.3	17.7	94.7
	そう思わない	42	5.2	5.3	100.0
	合計	798	97.9	100.0	
欠損値	無回答u	17	2.1		
合計		815	100.0		

問15 患者納得して治療法を選ぶのは重要

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	607	74.5	76.2	76.2
	ややそう思う	166	20.4	20.8	97.0
	あまりそう思わない	17	2.1	2.1	99.1
	そう思わない	7	.9	.9	100.0
	合計	797	97.8	100.0	
欠損値	無回答u	18	2.2		
合計		815	100.0		

問15 治療法は医師が決めるべき

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	112	13.7	14.1	14.1
	ややそう思う	309	37.9	38.9	53.0
	あまりそう思わない	224	27.5	28.2	81.2
	そう思わない	149	18.3	18.8	100.0
	合計	794	97.4	100.0	
欠損値	無回答u	21	2.6		
合計		815	100.0		

問15 治療法は患者が決めるべき

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	388	47.6	48.7	48.7
	ややそう思う	279	34.2	35.1	83.8
	あまりそう思わない	96	11.8	12.1	95.9
	そう思わない	33	4.0	4.1	100.0
	合計	796	97.7	100.0	
欠損値	無回答u	19	2.3		
合計		815	100.0		

問15 治療法は細かく説明すべき

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	450	55.2	56.6	56.6
	ややそう思う	294	36.1	37.0	93.6
	あまりそう思わない	49	6.0	6.2	99.7
	そう思わない	2	.2	.3	100.0
	合計	795	97.5	100.0	
欠損値	無回答u	20	2.5		
合計		815	100.0		

問15 医師や病院間に治療法の差がある

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	491	60.2	61.5	61.5
	ややそう思う	277	34.0	34.7	96.2
	あまりそう思わない	26	3.2	3.3	99.5
	そう思わない	4	.5	.5	100.0
	合計	798	97.9	100.0	
欠損値	無回答u	17	2.1		
合計		815	100.0		

問15 自分も医療ミスをおかす可能性

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	567	69.6	71.6	71.6
	ややそう思う	189	23.2	23.9	95.5
	あまりそう思わない	33	4.0	4.2	99.6
	そう思わない	3	.4	.4	100.0
	合計	792	97.2	100.0	
欠損値	無回答u	23	2.8		
合計		815	100.0		

問15 カルテ開示は大した問題でない

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	122	15.0	15.5	15.5
	ややそう思う	239	29.3	30.3	45.8
	あまりそう思わない	236	29.0	29.9	75.8
	そう思わない	191	23.4	24.2	100.0
	合計	788	96.7	100.0	
欠損値	無回答u	27	3.3		
合計		815	100.0		

問15 患者とは友人のように話したい

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	126	15.5	16.1	16.1
	ややそう思う	215	26.4	27.4	43.5
	あまりそう思わない	317	38.9	40.4	83.9
	そう思わない	126	15.5	16.1	100.0
	合計	784	96.2	100.0	
欠損値	無回答u	31	3.8		
合計		815	100.0		

問15 患者からの質問がわずらわしい

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	64	7.9	8.1	8.1
	ややそう思う	368	45.2	46.6	54.8
	あまりそう思わない	261	32.0	33.1	87.8
	そう思わない	96	11.8	12.2	100.0
	合計	789	96.8	100.0	
欠損値	無回答u	26	3.2		
合計		815	100.0		

問15 開示患者との関係は既に崩壊

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	124	15.2	15.8	15.8
	ややそう思う	232	28.5	29.6	45.4
	あまりそう思わない	270	33.1	34.4	79.7
	そう思わない	159	19.5	20.3	100.0
	合計	785	96.3	100.0	
欠損値	無回答u	30	3.7		
合計		815	100.0		

問15 カルテは患者に見せるものでない

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	108	13.3	13.7	13.7
	ややそう思う	186	22.8	23.6	37.3
	あまりそう思わない	241	29.6	30.5	67.8
	そう思わない	254	31.2	32.2	100.0
	合計	789	96.8	100.0	
欠損値	無回答u	26	3.2		
合計		815	100.0		

問15 開示は閲覧だけで十分

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	118	14.5	15.2	15.2
	ややそう思う	281	34.5	36.3	51.5
	あまりそう思わない	228	28.0	29.4	80.9
	そう思わない	148	18.2	19.1	100.0
	合計	775	95.1	100.0	
欠損値	無回答u	40	4.9		
合計		815	100.0		

問15 開示は治療法に悪影響がある

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	61	7.5	7.8	7.8
	ややそう思う	211	25.9	27.0	34.8
	あまりそう思わない	336	41.2	43.0	77.7
	そう思わない	174	21.3	22.3	100.0
	合計	782	96.0	100.0	
欠損値	無回答u	33	4.0		
合計		815	100.0		

問15 患者にはカルテを理解する知識がない

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	299	36.7	38.0	38.0
	ややそう思う	391	48.0	49.7	87.8
	あまりそう思わない	73	9.0	9.3	97.1
	そう思わない	23	2.8	2.9	100.0
	合計	786	96.4	100.0	
欠損値	無回答u	29	3.6		
合計		815	100.0		

問15 開示は医師の義務ではない

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	177	21.7	22.6	22.6
	ややそう思う	240	29.4	30.7	53.3
	あまりそう思わない	225	27.6	28.7	82.0
	そう思わない	141	17.3	18.0	100.0
	合計	783	96.1	100.0	
欠損値	無回答u	32	3.9		
合計		815	100.0		

問15 開示は診療への誤解を生じる

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	225	27.6	28.6	28.6
	ややそう思う	368	45.2	46.8	75.4
	あまりそう思わない	134	16.4	17.0	92.5
	そう思わない	59	7.2	7.5	100.0
	合計	786	96.4	100.0	
欠損値	無回答u	29	3.6		
合計		815	100.0		

問15 開示は患者に不安を与える

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	221	27.1	28.1	28.1
	ややそう思う	416	51.0	52.9	81.0
	あまりそう思わない	113	13.9	14.4	95.4
	そう思わない	36	4.4	4.6	100.0
	合計	786	96.4	100.0	
欠損値	無回答u	29	3.6		
合計		815	100.0		

問15 セカンドオピニオンを勧めたい

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	259	31.8	33.3	33.3
	ややそう思う	300	36.8	38.6	71.9
	あまりそう思わない	188	23.1	24.2	96.1
	そう思わない	30	3.7	3.9	100.0
	合計	777	95.3	100.0	
欠損値	無回答u	38	4.7		
合計		815	100.0		

問15 開示とICとは別の問題

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	412	50.6	52.6	52.6
	ややそう思う	229	28.1	29.2	81.9
	あまりそう思わない	75	9.2	9.6	91.4
	そう思わない	67	8.2	8.6	100.0
	合計	783	96.1	100.0	
欠損値	無回答u	32	3.9		
合計		815	100.0		

問15 患者が権利を主張するのは困った問題

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	63	7.7	8.0	8.0
	ややそう思う	171	21.0	21.8	29.9
	あまりそう思わない	290	35.6	37.0	66.9
	そう思わない	259	31.8	33.1	100.0
	合計	783	96.1	100.0	
欠損値	無回答u	32	3.9		
合計		815	100.0		

問15 マスコミが医療不信をあおっている

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	485	59.5	61.5	61.5
	ややそう思う	258	31.7	32.7	94.3
	あまりそう思わない	31	3.8	3.9	98.2
	そう思わない	14	1.7	1.8	100.0
	合計	788	96.7	100.0	
欠損値	無回答u	27	3.3		
合計		815	100.0		

問15 開示は一部の心ない医師のせい

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	そう思う	133	16.3	17.1	17.1
	ややそう思う	245	30.1	31.4	48.5
	あまりそう思わない	263	32.3	33.7	82.2
	そう思わない	139	17.1	17.8	100.0
	合計	780	95.7	100.0	
欠損値	無回答	35	4.3		
合計		815	100.0		

問16 医師性別

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	男性	682	83.7	86.0	86.0
	女性	111	13.6	14.0	100.0
	合計	793	97.3	100.0	
欠損値	無回答	22	2.7		
合計		815	100.0		

問18 開業医と勤務医の別

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	開業医	412	50.6	52.7	52.7
	勤務医	370	45.4	47.3	100.0
	合計	782	96.0	100.0	
欠損値	無回答	33	4.0		
合計		815	100.0		

問18-1 設置主体

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	国立	15	1.8	4.0	4.0
	公立	56	6.9	14.9	18.8
	私立	260	31.9	69.0	87.8
	その他	46	5.6	12.2	100.0
	合計	377	46.3	100.0	
欠損値	非該当	404	49.6		
	無回答	34	4.2		
	合計	438	53.7		
合計		815	100.0		

問18-1 病床数

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	0～19床	50	6.1	13.1	13.1
	20～299床	179	22.0	46.7	59.8
	300～599床	96	11.8	25.1	84.9
	600床以上	58	7.1	15.1	100.0
	合計	383	47.0	100.0	
欠損値	非該当	401	49.2		
	無回答	31	3.8		
	合計	432	53.0		
合計		815	100.0		

問19 2番目の診療科目

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	なし	465	57.1	58.7	58.7
	内科	79	9.7	10.0	68.7
	外科	31	3.8	3.9	72.6
	小児科	46	5.6	5.8	78.4
	整形外科	10	1.2	1.3	79.7
	耳鼻咽喉科	1	.1	.1	79.8
	皮膚科	12	1.5	1.5	81.3
	精神科	2	.2	.3	81.6
	産婦人科	7	.9	.9	82.4
	消化器科	16	2.0	2.0	84.5
	循環器科	22	2.7	2.8	87.2
	老人科	2	.2	.3	87.5
	呼吸器科	7	.9	.9	88.4
	リハビリテーション科	20	2.5	2.5	90.9
	胃腸科	7	.9	.9	91.8
	肛門科	3	.4	.4	92.2
	放射線科	7	.9	.9	93.1
	泌尿器科	4	.5	.5	93.6
	麻酔科	2	.2	.3	93.8
	呼吸器外科	1	.1	.1	93.9
	消化器外科	1	.1	.1	94.1
	救急部	1	.1	.1	94.2
	形成外科	1	.1	.1	94.3
	精神科	1	.1	.1	94.4
	循環器内科	2	.2	.3	94.7
	内科・小児科	1	.1	.1	94.8
	内科・外科	1	.1	.1	94.9
	心療内科	2	.2	.3	95.2
	婦人科	5	.6	.6	95.8
	産科	1	.1	.1	96.0
	健康管理	1	.1	.1	96.1
	神経内科	5	.6	.6	96.7
	皮膚科外科	1	.1	.1	96.8
	障害児医療	1	.1	.1	97.0
	58	7	.9	.9	97.9
	消化器内科	4	.5	.5	98.4
	小児循環器科	1	.1	.1	98.5
	リウマチ科	5	.6	.6	99.1
	内科:糖尿病	1	.1	.1	99.2
	集中治療科	1	.1	.1	99.4
	腎臓内科	1	.1	.1	99.5
	画像	1	.1	.1	99.6
	その他すべて	1	.1	.1	99.7
	一般	2	.2	.3	100.0
	合計	792	97.2	100.0	
欠損値	無回答	23	2.8		
合計		815	100.0		

問20 診療地域

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	京都市	551	67.6	71.9	71.9
	南山城	102	12.5	13.3	85.2
	亀岡・口丹波	32	3.9	4.2	89.4
	福知山	22	2.7	2.9	92.3
	舞鶴	18	2.2	2.3	94.6
	丹後	15	1.8	2.0	96.6
	乙訓	24	2.9	3.1	99.7
	その他	2	.2	.3	100.0
	合計	766	94.0	100.0	
欠損値	無回答	49	6.0		
合計		815	100.0		

平均値

処理したケースの要約

	ケース					
	含まれたケース		除かれたケース		合計	
	度数	パーセント	度数	パーセント	度数	パーセント
問16 医師年齢 × 問18 開業医と勤務医の別	777	95.3%	38	4.7%	815	100.0%
問17 医師経験年数 × 問 18 開業医と勤務医の別	773	94.8%	42	5.2%	815	100.0%

報告書

問18 開業医と勤務医の別		問16 医師 年齢	問17 医師 経験年数
開業医	平均値	59.00	31.74
	度数	409	407
	標準偏差	12.292	12.260
勤務医	平均値	50.59	24.31
	度数	368	366
	標準偏差	12.173	11.780
合計	平均値	55.01	28.22
	度数	777	773
	標準偏差	12.930	12.588

記述統計量

記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
問16 医師年齢	794	26	90	55.20	12.952
問17 医師経験年数	791	1	78	28.40	12.627
有効なケースの数 (リストごと)	787				

1 章 看護記録の開示と患者・看護師関係

I. はじめに

1997 年、医療法の改正によって、「医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受けるものの理解を得るよう努めなければならない」として、インフォームド・コンセント（以下 IC）の理念にもとづく医療の提供の重要性が明確に位置づけられた。1999 年には、IC の一環として、患者に対して診療情報の開示を積極的に推進することが医療提供体制の改革（医療審議中間報告）でも提起され、「国立大学附属病院における診療情報の提供に関する指針」、「診療情報の提供に関する指針」（いずれも 1999 年 2 月）に作成され本格的な開示がスタートした。一方、日本看護協会は 2000 年 5 月「看護記録の開示に関するガイドライン」¹⁾を作成し、ひろく看護者にその徹底を呼びかけた。さらに、2003 年、個人情報保護法の成立および「診療情報の提供等に関する指針」が公表され、法的にも開示請求に応えることとなった。そして、2005 年 5 月には「看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針」の改訂版が出され、看護者の基本的責務として「患者の知る権利および自己決定権を尊重し擁護すること、自己の実施する看護について説明すること」²⁾を強調している。

このような目まぐるしい変化のなかで、医療、看護界にどのような状況が引き起こされたのであろうか。先行研究として、「医療への患者参加を促進する情報公開と従事者教育の基盤整備に関する研究」（岩井他：2000）³⁾がある。国民/患者、医師・看護師、薬剤師などの医療従事者に、医療情報開示に対する全般的な意識調査がなされている。さらに、「現代医療における情報開示‘問題’の社会的構築」（平他：2003）⁴⁾においては、医師・看護師・市民への意識調査が行われている。その後は、看護専門雑誌に特集が組まれて、その方法の議論や臨床における看護記録開示の取り組みの実践研究、報告が多くなされるようになった^{5,6,7)}。しかし、看護師の認識や実態を探る研究は、「患者と共有するカルテの問題を把握する－看護師の意識調査－」（富田他、2003）⁸⁾、「看護記録開示 ベッドサイド記録導入による看護師の意識変化」（西川他、2005）⁹⁾などの報告が散在されるものの、その後、看護記録の開示がどのように進展しているのか、看護師の認識はどのように変化しているのかといった調査は見あたらない。また、これまで患者に「見せてはならない記録」から「見られるかもしれない記録」への転換によって、患者・看護師関係にも少なからぬ影響があると推測される。局域的におこっている言説や意識がどのような状況にあるのかを記述することによって、患者・看護師関係がどのように動きつつあるのかといった点を描くことで、今後の看護への具体的な指針を得ることになろう。

II. 方法

1. 研究デザイン：看護記録の開示進展に対する実態と認識を把握するために、記述的研究デザインとし質問紙調査をもって行った。
2. 対象：K 府内の病院・施設に勤務する看護者
3. 調査期間：2004 年 8～9 月
4. 調査方法：質問紙は、先行研究を参考にして独自に開発した自記式質問紙を用いた。質問項目は、①基本属性に関する項目、②看護記録の開示経験に関する項目、③看護記録の開示と進展への認識に関する項目、④看護記録の位置づけと開示進展における変化に関する項目、⑤患者と看護師の関係に関する項目で構成した。質問紙はあらかじめ了解が得られた施設の看護

管理者に配布を依頼した。対象者には調査の趣旨、方法、倫理的配慮を記載した用紙を用いて調査協力の依頼を行い、質問紙の返却をもって研究協力の同意を得たこととした。

5. 分析方法：データの分析は、統計ソフト SPSS12J For Windows を用いた。質問項目ごとの記述統計、看護師の年齢を4つの年代に分けてクロス集計、さらに、因子分析および判別分析を行った。

6. 倫理的配慮：対象者には調査の趣旨、方法、倫理的配慮を記載した用紙を用いて調査協力の依頼を行い、回収方法は個別に封書での自由投函とした。協力は自由意思に基づくものであること、個人が特定されることなくデータ処理を行い、質問紙の保管、破棄を厳重に行い個人情報を守られることなどを厳守した。

Ⅲ. 結果

1. 対象の概要

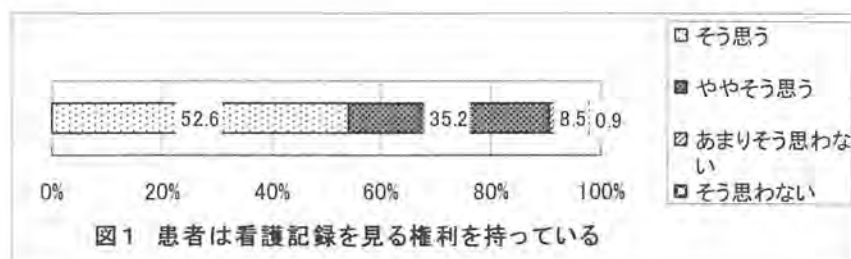
調査協力を得られたのは1158名(回収率67.0%)、平均年齢36.6(SD:10.2)歳、看護職平均経験年数は13.6(SD:9.3)年、年代構成は、20歳代353名(30.5%)、30歳代371名(32.0%)、40歳代244名(21.1%)、50歳以上190名(16.4%)であった。男性は35名(3.0%)、1135名(97.0%)で、職能資格は看護師964名(84.0%)、助産師41名3.5、保健師6名0.5、准看護師136名11.9であった。勤務する病床数は299床以下が611名(66.1%)、300～599床が386名(33.3%)、600床以上が70人(6.0%)であった。

2. 看護記録の開示経験

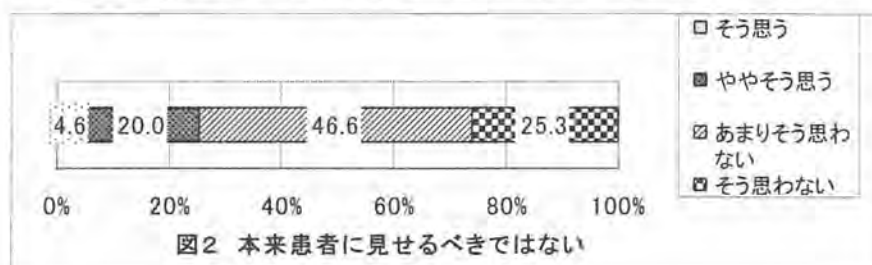
看護記録の開示請求をされた経験を持つ人は68名(5.9%)と少なく、さらに請求に応じた人は49名(4.2%)であった。

3. 看護記録の開示と進展に対する認識

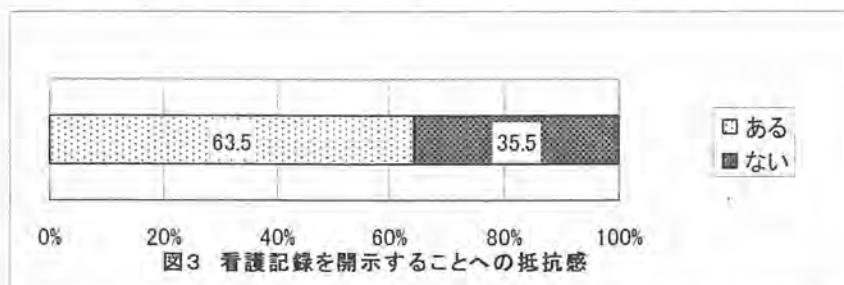
まず、「患者は看護記録を見る権利を持っている」では、87.8%の人が肯定的な回答を示した(図1)。



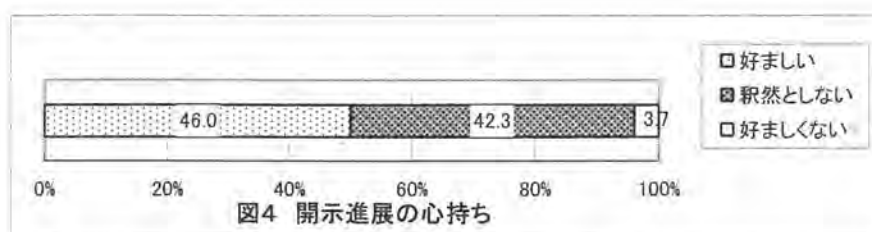
「看護記録は本来、患者に見せるものではない」の問いに対して、「そう思う」4.6%、「やや、そう思う」20.0%とおよそ四分の一人が「本来、見せるべきではない」と捉えていた(図2)。



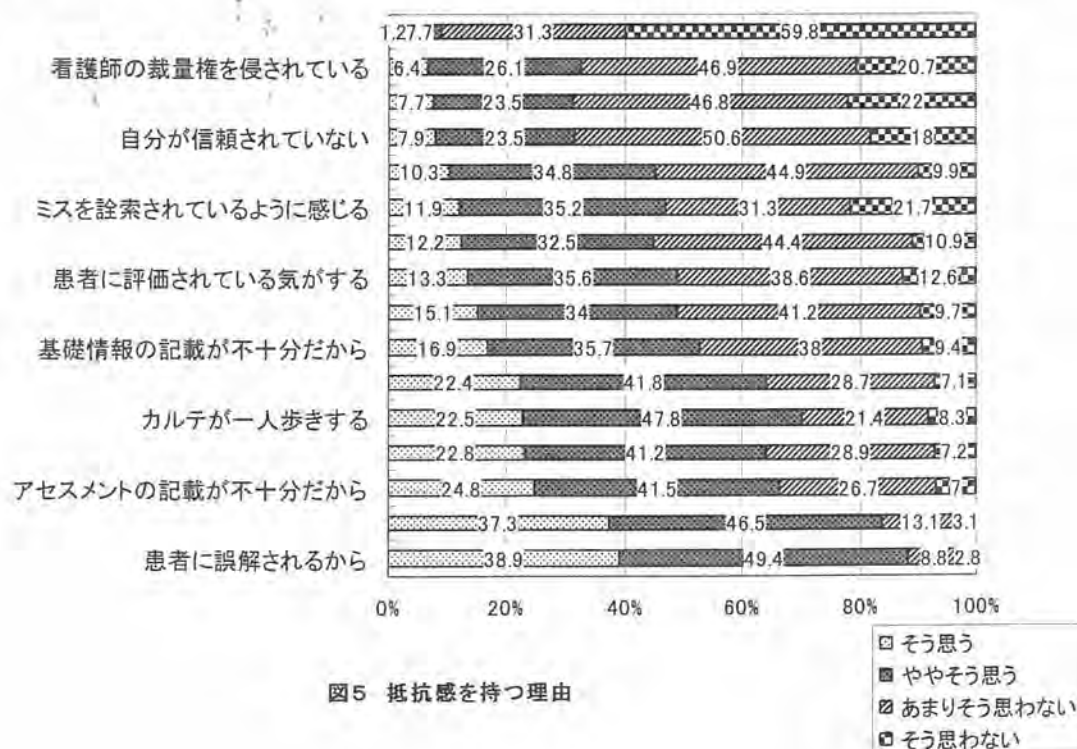
さらに、記録を見せることに対する抵抗感の有無に対しては、「ある」が63.5%で、「ない」の35.5%を大きく上回った（図3）。



わが国において、今後看護記録の開示がさらに進むことに対して、「好ましいことだと感じている」46.0%、「悪いことではないと思うが、釈然としない」42.3%で、「好ましくないことだと感じている」は4.0%であった（図4）。



抵抗感を持つ人にその理由を問うたところ、「患者に誤解される」、「不安を与えることから」と答えた人が「ややそう思う」人も含めて80%以上と最も多かった（図5）。

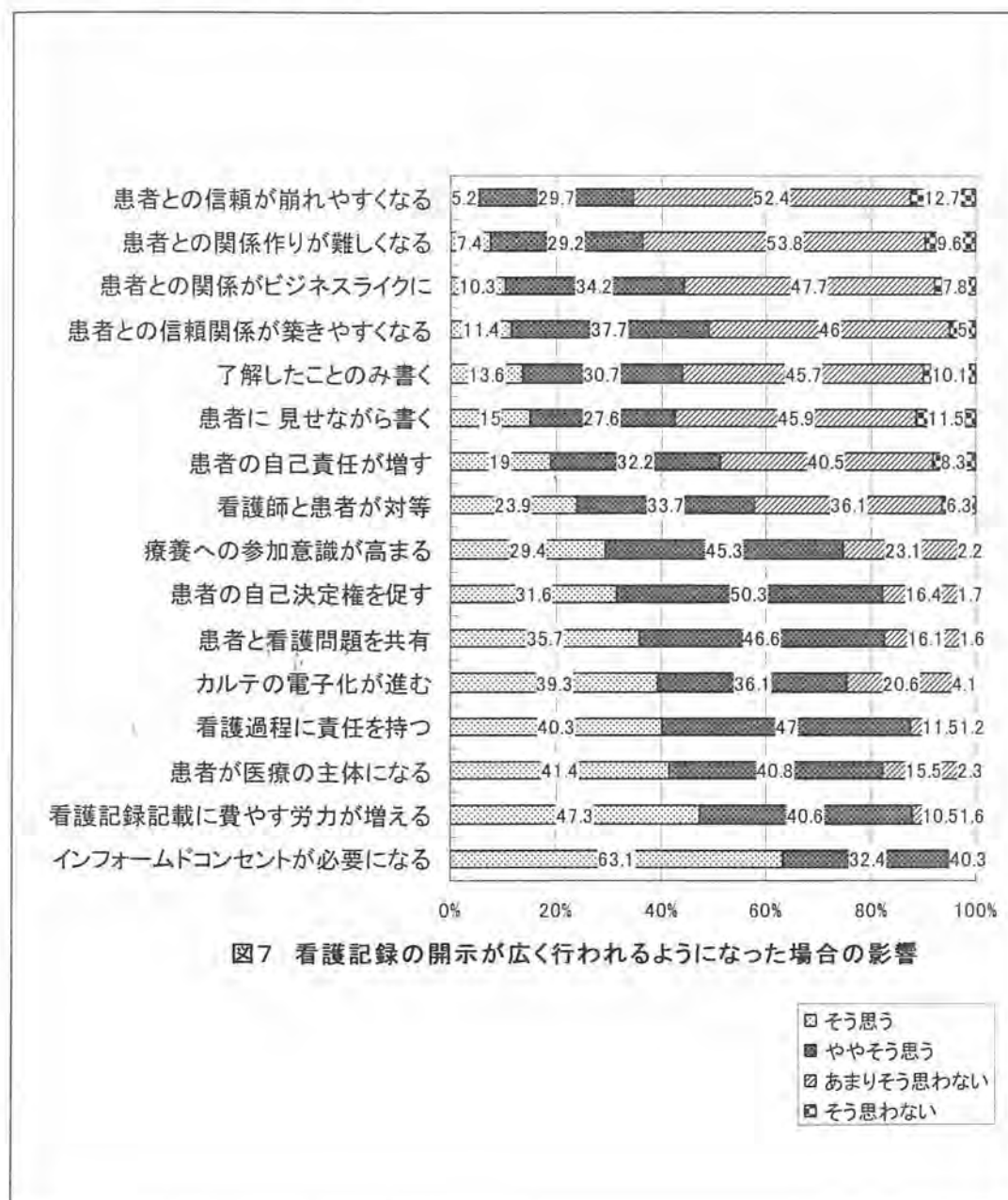


抵抗感を持つ理由の因子分析では、三因子が抽出された。第一因子は「記載が不十分」第二因子は「信頼が揺らぐ」、第三因子は、「患者によくない」と命名した（図6）。不十分な記載内容を開示によって見られることによって、患者に不安や誤解といったよくない影響懸念していることがうかがえる。

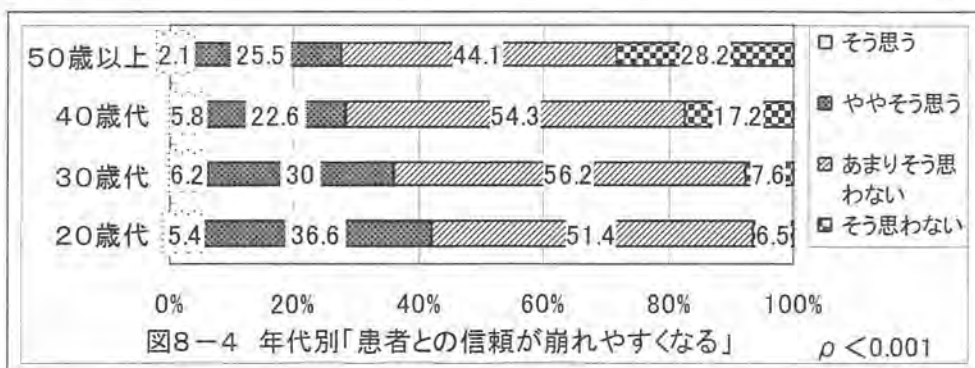
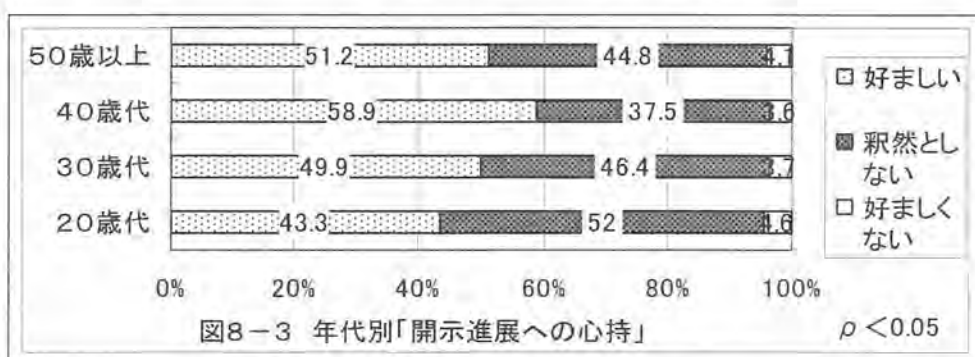
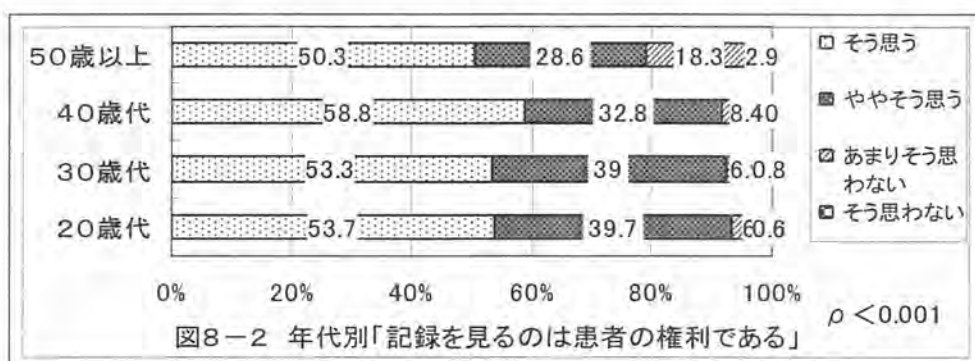
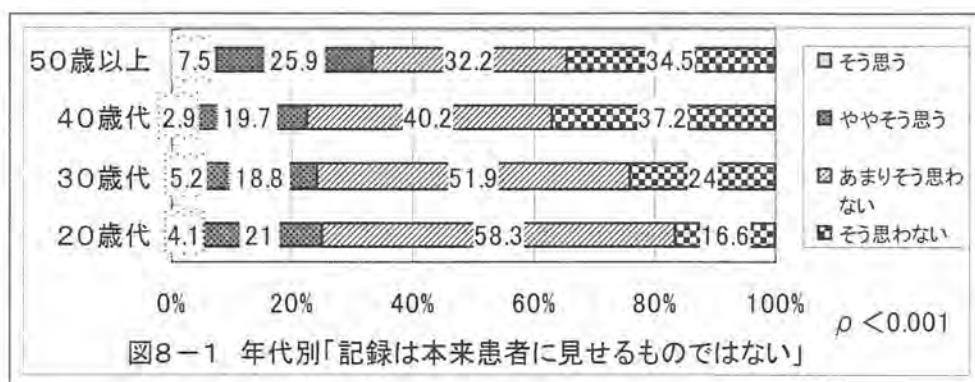
		成分 1	成分 2	成分 3
第一因子 記載が不十分	問 7 評価の記載が不十分だから	0.886	0.067	-0.009
	問 7 アセスメントの記載が不十分だから	0.879	0.079	0.019
	問 7 O情報の記載が不十分だから	0.851	0.099	0.068
	問 7 看護計画の記載が不十分だから	0.845	0.080	0.038
	問 7 サマリーの記載が不十分だから	0.817	0.110	0.022
	問 7 S情報の記載が不十分だから	0.780	0.138	0.072
	問 7 基礎情報の記載が不十分だから	0.694	0.130	0.173
第二因子 信頼が揺らぐ	問 7 ミスを詮索されているように感じる	0.122	0.757	0.071
	問 7 看護師の裁量権を侵されている	0.059	0.721	0.018
	問 7 自分が信頼されていない	0.120	0.644	0.202
	問 7 訴訟を起こされる	0.218	0.613	0.125
	問 7 看護記録は自分のものだから	-0.032	0.592	-0.160
	問 7 患者に評価されている気がする	0.221	0.569	0.199
	問 7 カルテが一人歩きする	-0.013	0.554	0.139
第三因子 患者に良くない影響	問 7 患者に不安を与える	0.006	0.111	0.829
	問 7 患者に誤解されるから	0.154	0.193	0.767
因子抽出法: 主成分分析 回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法				
成分	回転後の負荷量平方和			
	合計	分散の %	累積 %	
1	4.91	30.67	30.67	
2	2.99	18.68	49.36	
3	1.46	9.15	58.50	

図6 記録を見せることに抵抗感を持つ人の理由の因子分析

さらに、看護記録開示が現在より広く行われるようになった場合、看護にどのような影響があるかの問いに対しては、「IC が必要になる」、「記録に費やす労力が増える」、「看護過程に責任を持つ」、「患者と看護問題を共有する」などの看護者サイドの変化や「患者の自己決定を促す」、「療養への参加意識が高まる」といった患者の変化を予測する回答が 70% 以上見られた。「信頼関係が築きやすくなる、ビジネスライクになる」では肯定派と否定派はほぼ半数で、「関係づくりが難しくなる」、「患者との信頼が崩れやすくなる」はおよそ 4 割の人が患者・看護師関係の悪化を危惧していた（図 7）。



看護者の年代別で比較（図8）すると、「看護記録は本来、患者に見せるものではない」と考える人の割合は50歳以上が高く（33.4%）（図8-1）、見せることへの抵抗感に年代別の差異は見られなかった。さらに、「記録を見るのは患者の権利である」の問いに否定的な回答をした割合も50歳以上が高かった（21.2%）（図8-2）。「看護記録の開示が進展することに対する釈然としない心持ち」では、20歳代が他の世代に比較して高く（52%）（図8-3）、「今後、開示が進展すると患者との信頼が崩れやすい」と認識している人の割合も20歳代が高かった（42%）（図8-4）。



4. 看護記録の位置づけと書き方の変化

「あなたにとって、看護記録とはどのようなものですか」の問いに対して、ほとんどの人が「患者の状態の記録」、「看護行為の証明」、「患者の状態を伝える」ことであると捉えていた（図9）。

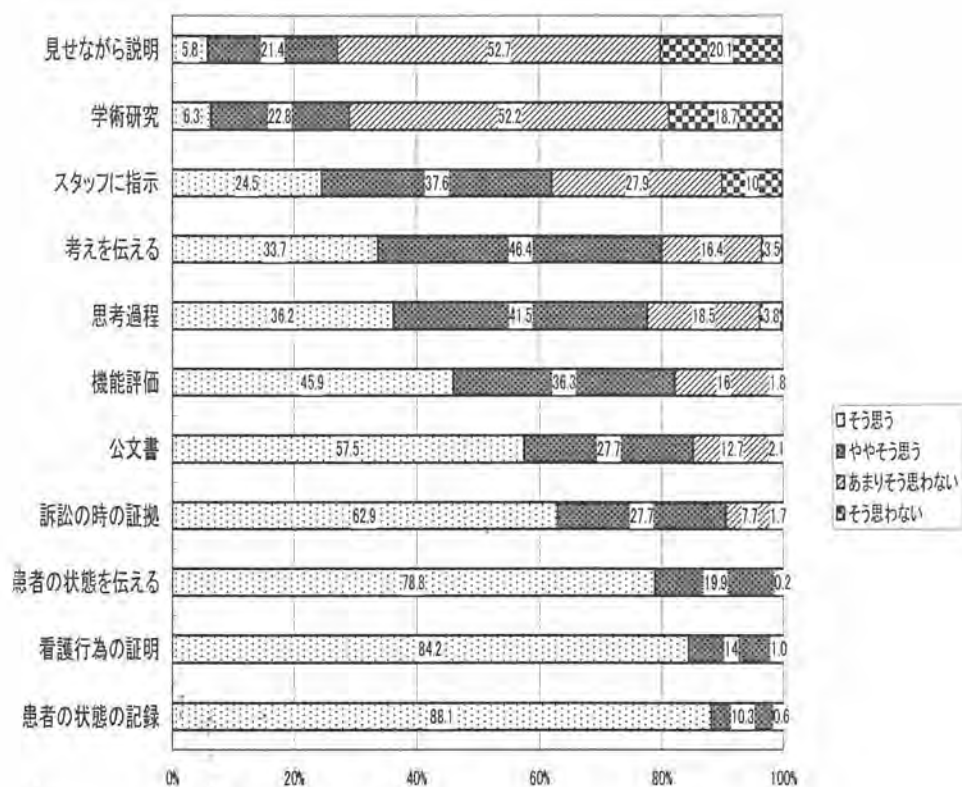
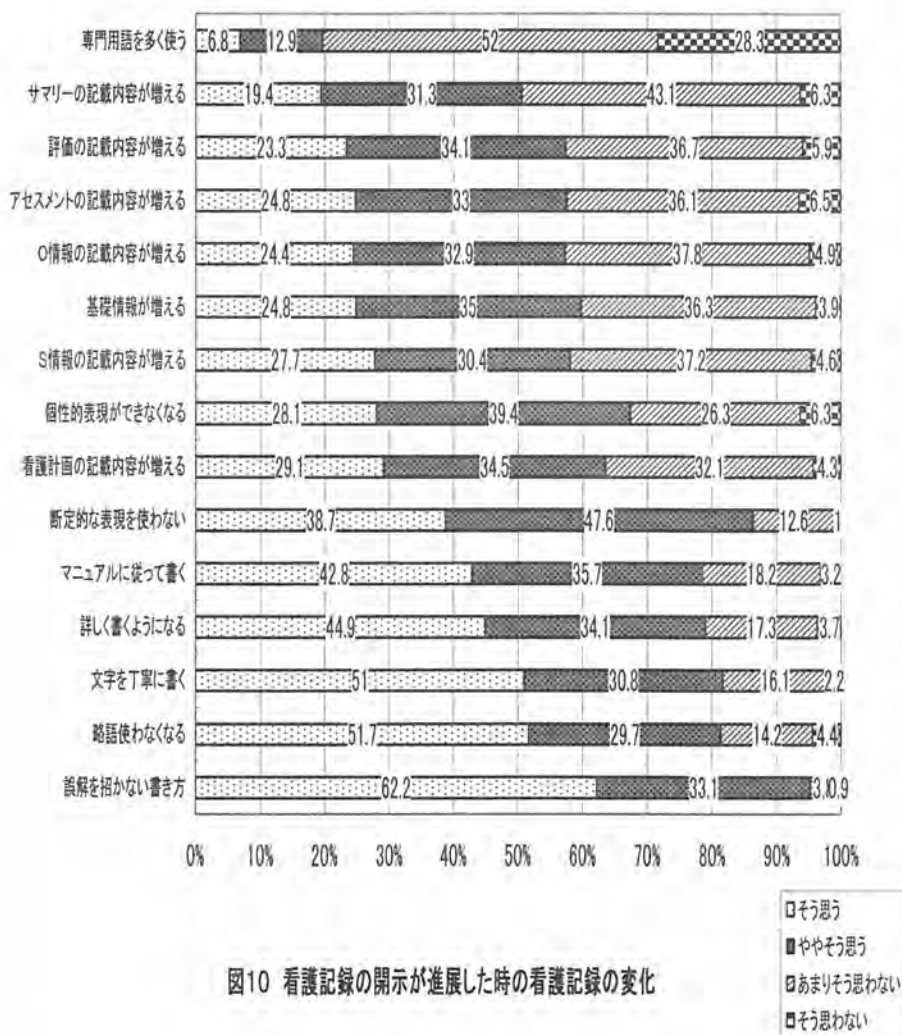


図9 看護記録とは何か

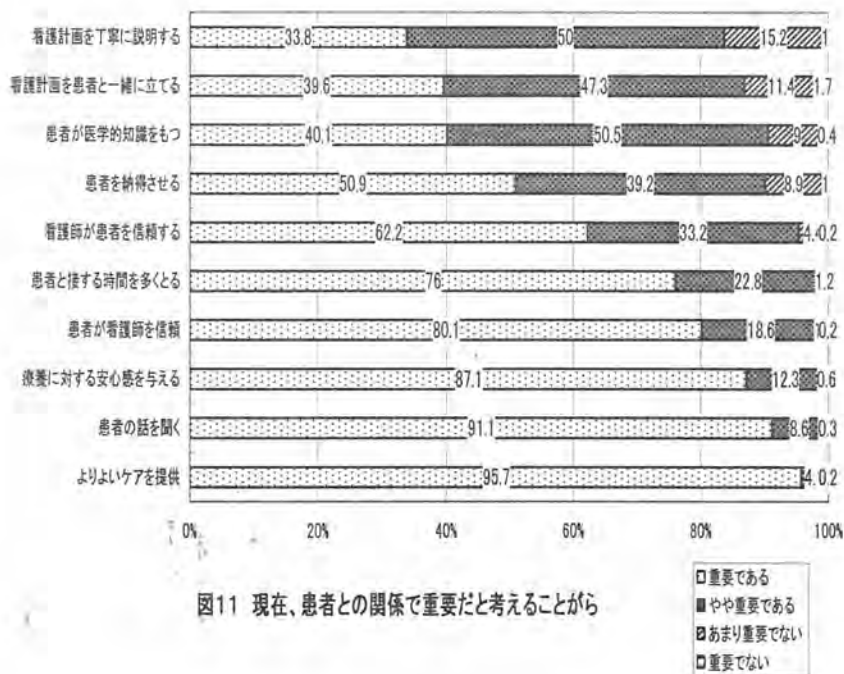
看護記録の開示が現在よりも広く行われるようになった場合の看護記録の変化について（図10）は、「誤解を招かない書き方」、「断定的な表現を使わない」、「文字を丁寧に書く」、「マニュアルに従って書く」に肯定的な意見を持つ人が全体の80%をしめていた。



5. 患者・看護師関係

現在、患者との関係で重要だと考えるかどうかの問いに対して、「よりよいケアを提供」、「患者の話を聞く」などほとんどの項目に対して90%以上の人が肯定的な回答であったが、「患者が医学的知識をもつ」「看護計画を一緒に立てる」、「看護計画を丁寧に説明する」では、重要でないと捉える人も1割程度あった。(図11)。

；



6. 看護記録の開示が進展することによる影響について因子分析を行い、五因子が抽出された。

まず、それぞれ、「患者の主体的な参加」、「関係性の悪化」、「記録の変化」、「IC の活発化」、「記録の標準化」と命名した。

		成分				
		1	2	3	4	5
患者の主体的参加	問 10 患者と看護問題を共有	0.727	-0.136	0.123	0.162	0.161
	問 10 患者の自己決定権を促す	0.684	0.071	0.178	0.136	0.185
	問 10 療養への参加意識が高まる	0.643	-0.186	0.142	-0.025	0.231
	問 10 看護ミスが減る	0.618	0.047	-0.062	0.045	0.044
	問 10 患者との信頼関係が築きやすくなる	0.610	-0.181	0.201	-0.103	-0.066
	問 10 看護過程に責任を持つ	0.601	-0.099	0.044	0.331	0.337
	問 10 患者が医療の主体になる	0.538	-0.008	0.165	0.469	-0.058
	問 10 看護師と患者が対等	0.536	-0.056	0.277	0.369	-0.148
関係悪化	問 10 患者に 見せながら書く	0.471	0.191	0.438	0.131	-0.259
	問 10 患者との関係作りが難しくなる	-0.101	0.763	-0.034	0.051	0.120
	問 10 家族間のトラブルのもとになる	-0.022	0.741	0.020	0.046	0.065
	問 10 患者との信頼が崩れやすくなる	-0.146	0.708	-0.227	0.127	0.081
	問 10 了解したことのみ書く	0.046	0.625	0.311	0.012	-0.049
	問 10 患者との関係がビジネスライクに	0.148	0.606	0.224	-0.121	0.231
	問 10 別の記録が作られるようになる	-0.128	0.569	0.272	0.037	-0.129
記録の変化	問 10 訴訟が増える	-0.106	0.538	0.036	0.192	0.283
	問 10 開示がセールスポイントになる	0.207	0.061	0.613	0.239	0.095
	問 10 患者の自己責任が増す	0.293	0.087	0.581	-0.078	0.120
	問 10 カルテの電子化が進む	0.100	0.018	0.548	0.172	0.320
IC へ	問 10 看護記録管理の専門家が必要	0.001	0.184	0.545	0.263	0.279
	問 10 インフォームドコンセントが必要になる	0.172	-0.003	0.255	0.668	0.147
記録の標準化	問 10 ミスの言い逃れできなくなる	0.151	0.232	0.067	0.635	0.104
	問 10 看護問題の標準化が進む	0.189	0.116	0.171	0.036	0.606
	問 10 記載内容の整合性が重視される	0.205	0.128	0.262	0.058	0.565
	問 10 看護記録記載に費やす労力が増える	-0.061	0.301	0.030	0.333	0.460

因子抽出法: 主成分分析 回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

回転後の負荷量平方和

合計	分散の %	累積 %
3.677	14.709	14.709
3.368	13.471	28.180
2.164	8.654	36.834
1.743	6.971	43.805
1.637	6.548	50.353

7. 看護記録の開示に抵抗感を持つ人の特徴

看護記録を見せることに抵抗感を持つ人と持たない人の特徴を分析するため、「患者との関係で重要なこと」と「今後さらに開示が進展した際の影響」について判別分析を行った。(図12 Wilks の $\lambda=0.974$, $p<0.001$, 図13 Wilks の $\lambda=0.886$, $p<0.001$, いずれも構造行列を図に示した)。

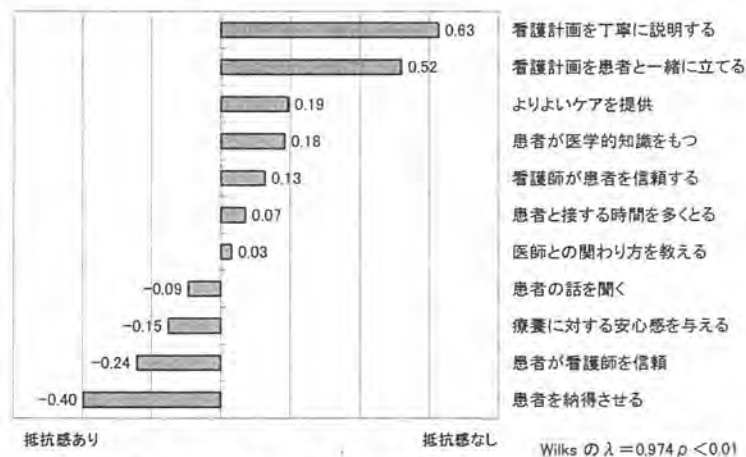


図12 看護記録開示への抵抗感と患者との関係

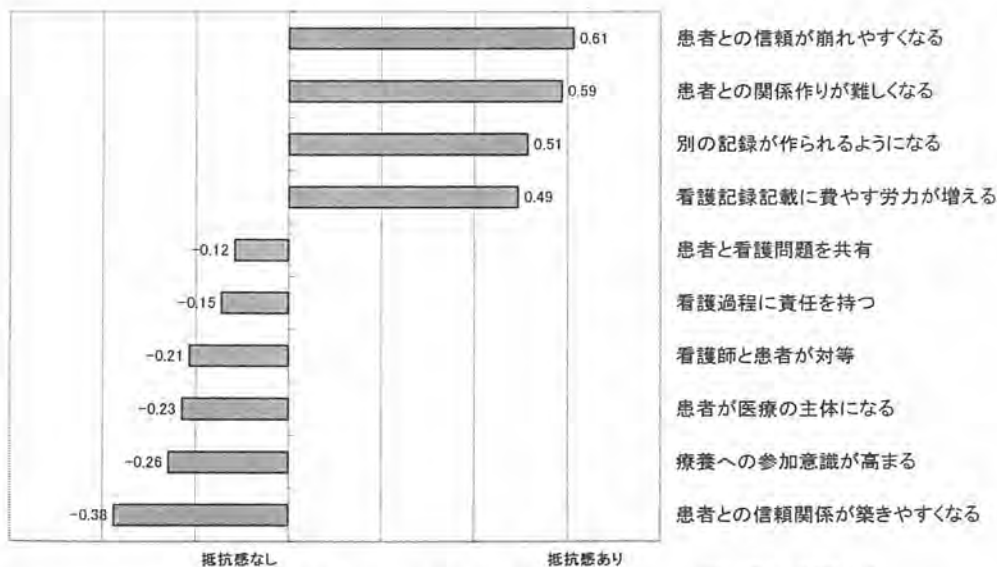


図13 看護記録開示への抵抗感と開示進展の影響

看護記録開示への抵抗感を持たない人の特徴として、「看護計画を丁寧に説明すること」「看護計画を患者と一緒に立てること」と「信頼関係が作りやすくなる」「療養への参加意識が高まる」「患者が医療の主体になる」と捉えている点である。一方、抵抗感を持つ人は、「患者を納得させること」「患者が看護師を信頼すること」が強く、「患者との信頼が崩れやすくなる」、「関係作りが難しくなる」と捉えている。

さらに、抵抗感の有無と「看護記録は本来、患者に見せるものではない」、「患者は見る権利を持っている」のクロス分析においては（図13）、抵抗感のある人は「見せるものではない」、抵抗感のない人は「患者は見る権利を持っている」と認識する傾向が強かった

（ χ^2 検定、 $p < 0.001$ 、 $p < 0.001$ ）

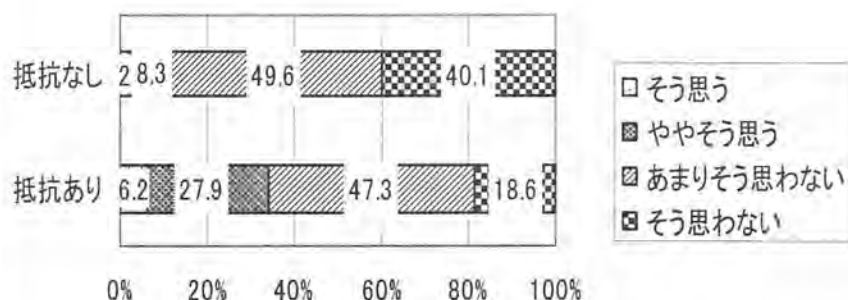


図14-1 抵抗感の有無と
「本来、患者に看護記録は見せるものでない」

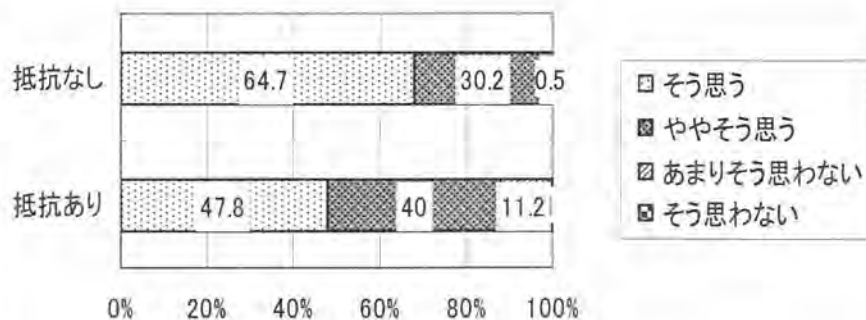


図14-2 抵抗感の有無と
「患者はカルテを見る権利を持っている」

9. 看護記録の開示経験の有無比較

看護記録の開示経験がある人とない人に「患者との関係で重要なこと」(図 15)「看護記録の開示が進展することによる看護への影響」(図 15-2)「医療への影響」(図 15-3)について判別分析を行った。

まず、患者との関係では、看護計画を丁寧に説明するや話を聞くなど

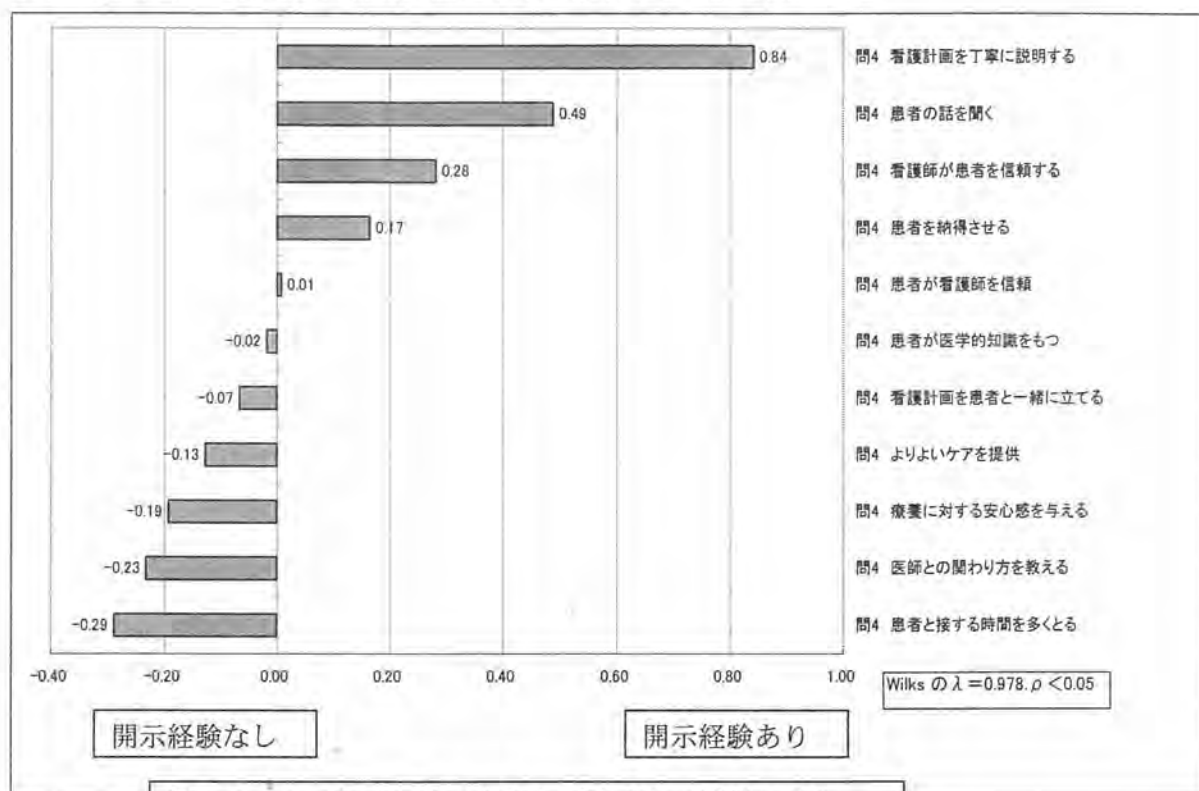


図 15-1 開示経験の有無と「患者との関係の変化」

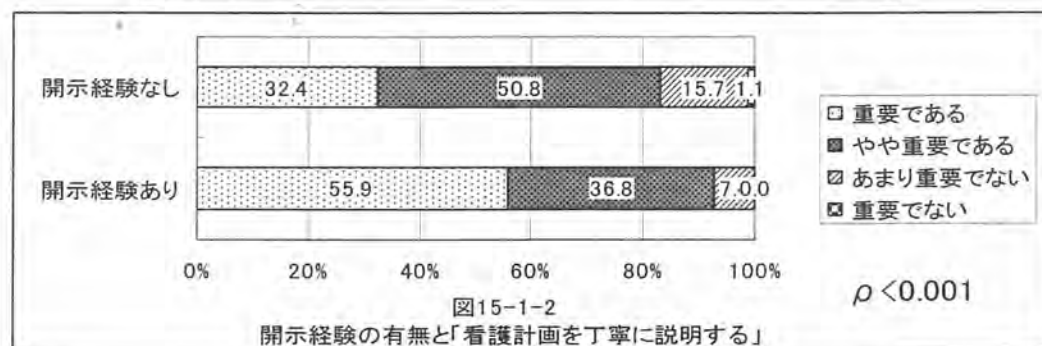


図15-1-2
開示経験の有無と「看護計画を丁寧に説明する」

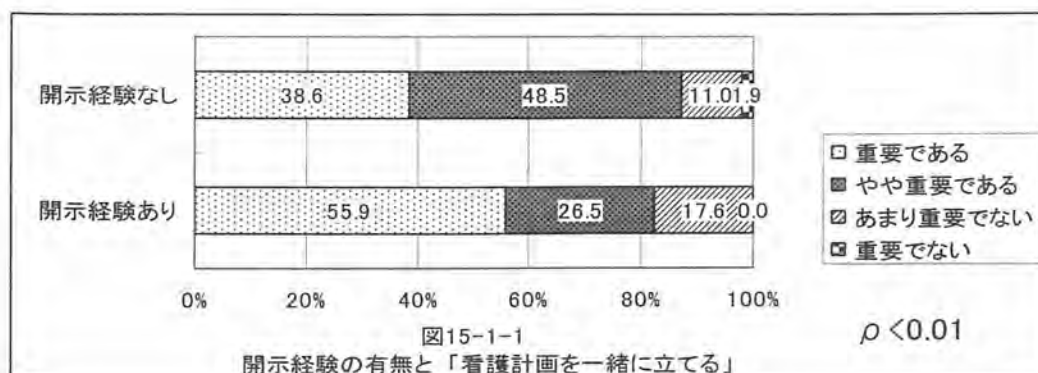


図15-1-1
開示経験の有無と「看護計画と一緒に立てる」

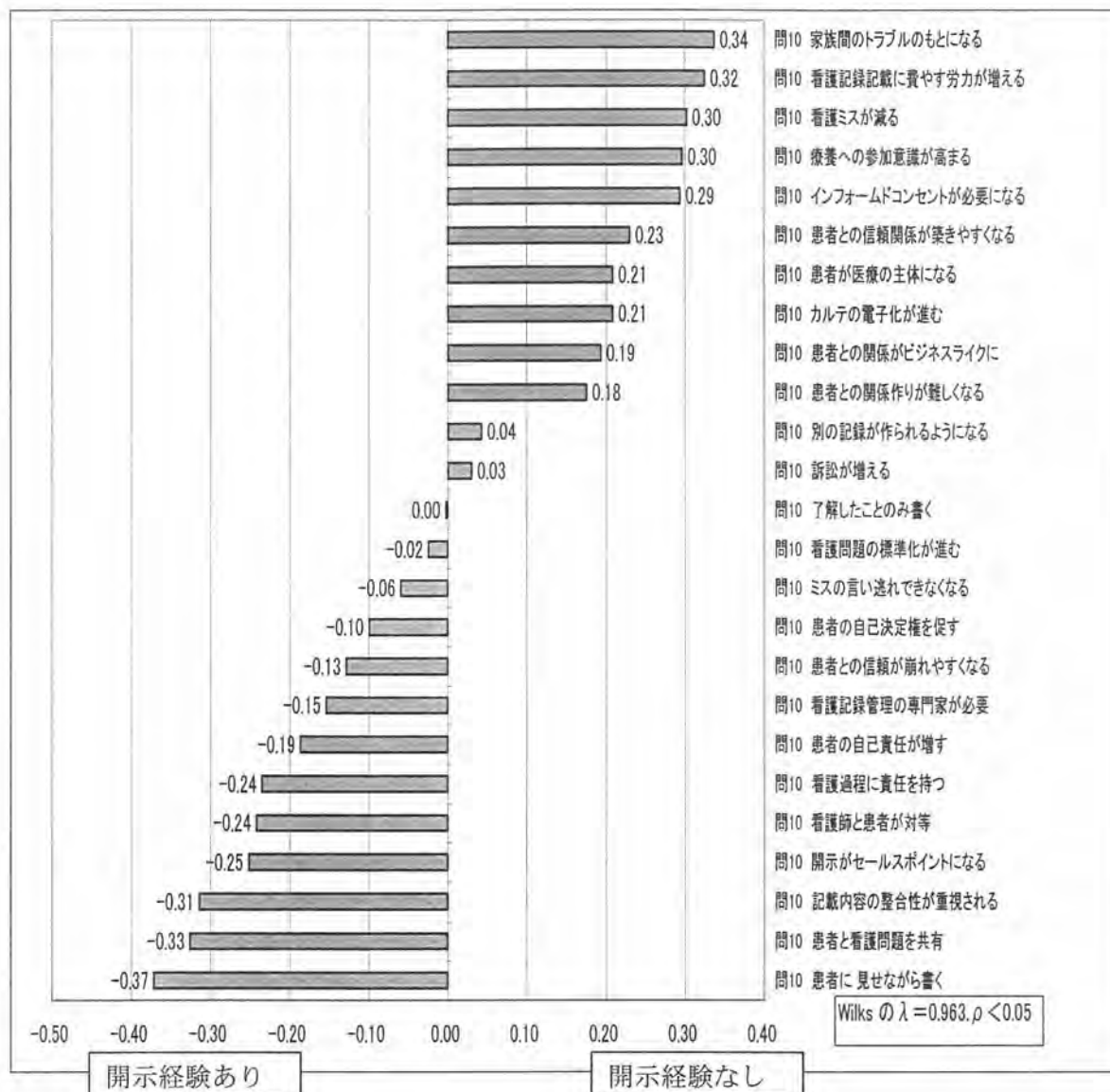
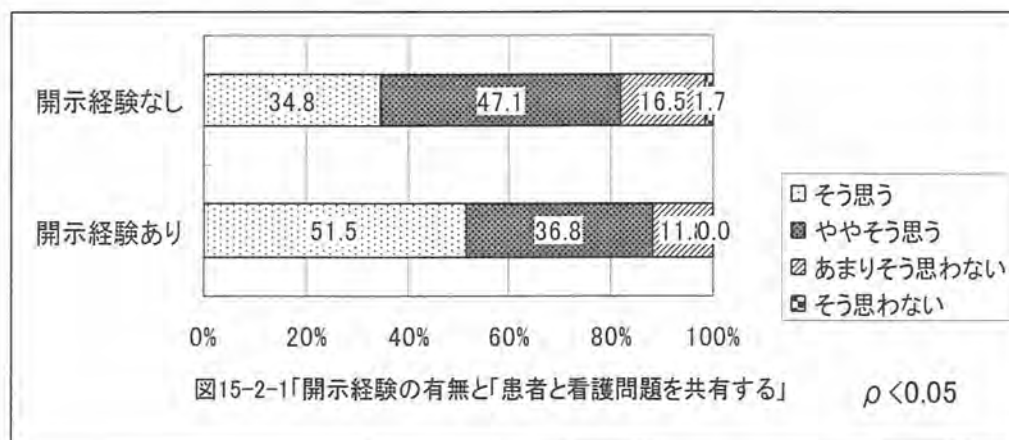
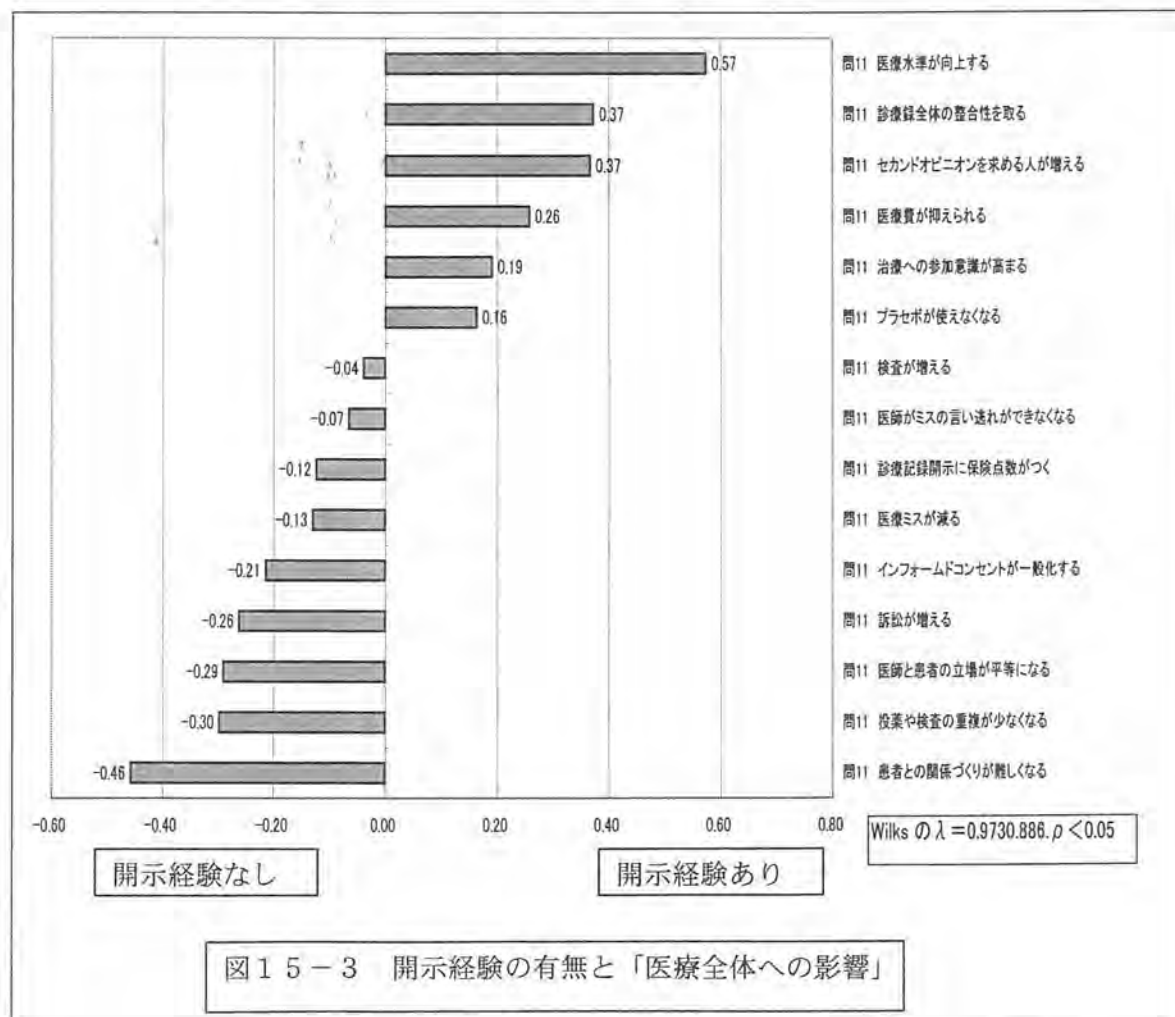
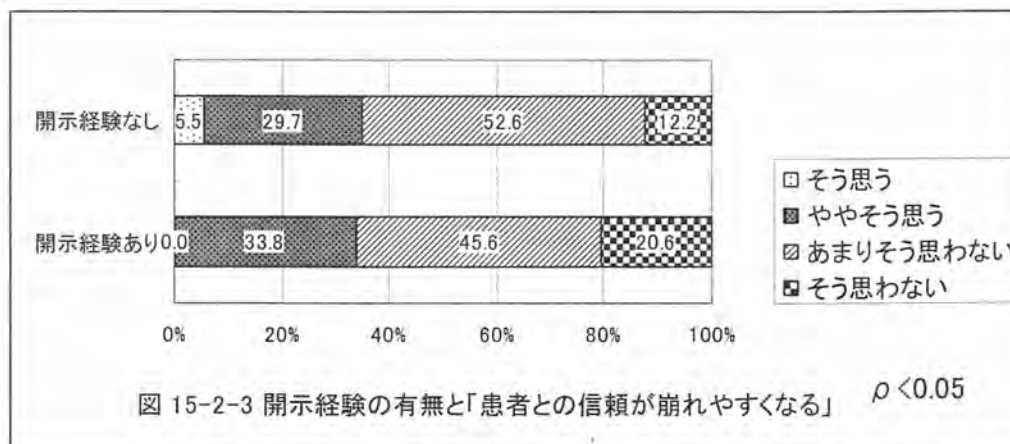
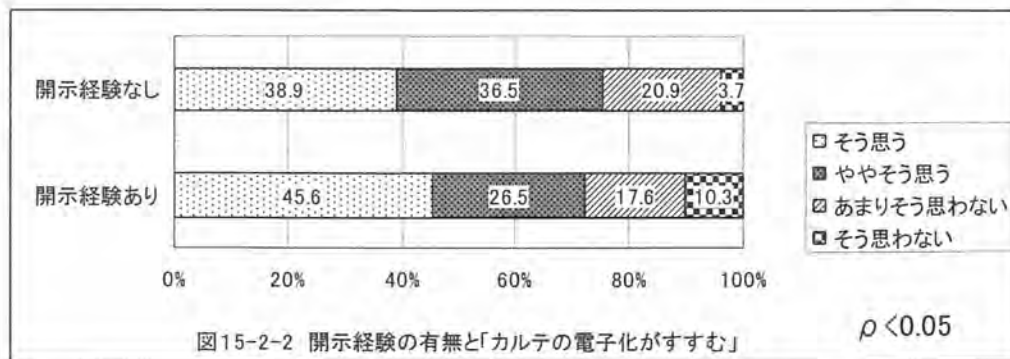
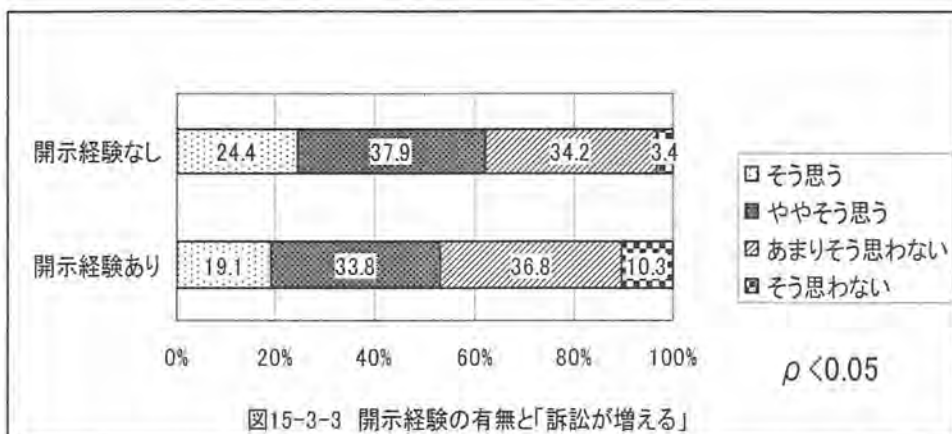
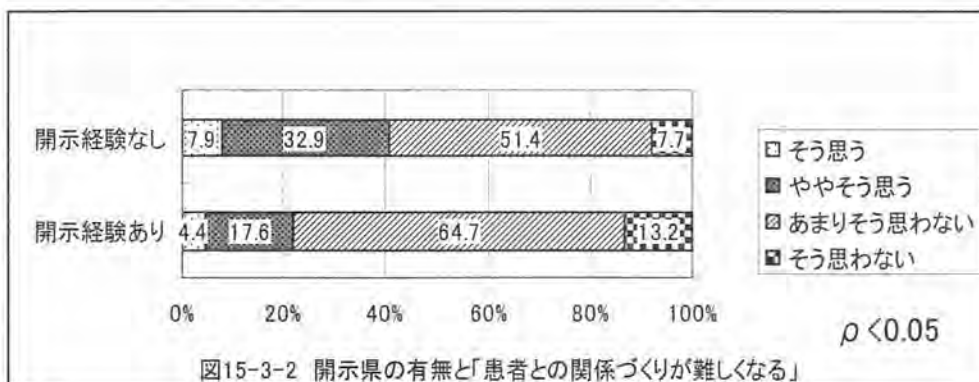
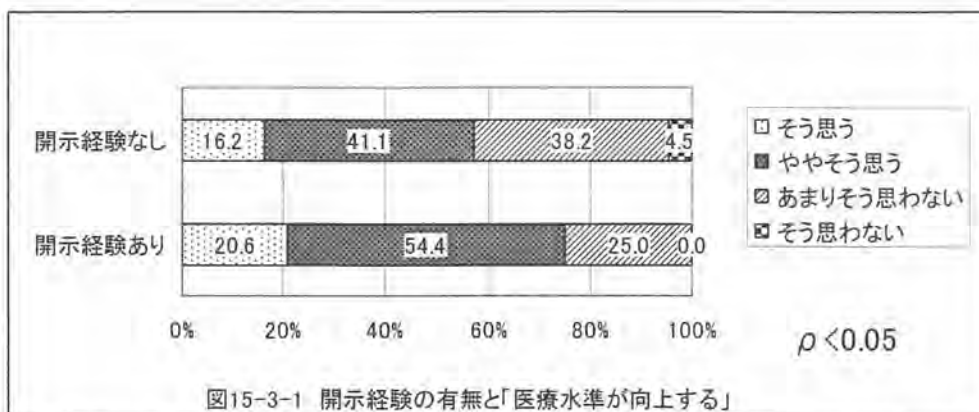


図15-2 開示経験の有無と「看護への影響」







IV. 考察

2000年に日本看護協会から「看護記録の開示に関するガイドライン」が出されて5年が経過した。しかし、看護記録の開示請求経験を持つ人は、わずか5.9%で、開示請求は日常的に進展していない様子がうかがえる。2003年の平らの報告¹⁰⁾では3.5%の開示経験であり、3年間に2%強の増加をしめしている。一般に、患者が開示請求を行う場合、診療記録全体の一括請求を病院の事務部門に求め、開示するかどうかは専門委員会や管理者側で決定されることが多い。看護者サイドでは開示請求に応じるか否かを判断するシステムにないため、必ずしも今回の看護者の開示請求経験が、全体の請求状況と重なっているとは言いがたい。しかし、まだ日常的に患者からの請求によって記録を開示する段階に至っていないと推察される。このことは、開示経験を持たない看護者が、それに備えて想定範囲で開示対策に取り組んでいる状

況と推察される。

次に、看護記録の開示と進展に対する認識については、IC のもっとも重要な視点である「患者は見る権利を持っている」に対して、9 割の人が肯定的な反応を示している。しかし、積極的な肯定派は 54% に過ぎず、看護協会が掲げる権利擁護の観点は十分に深まっているとはいえない。さらに、「本来は患者に見せるものではない」とおよそ 25% の人が、「看護記録を見せることに対する抵抗感」は 63.5%、今後の開示が進展していくことに対して「悪いことではないと思うが釈然としない」人は 46% であった。

日本の看護教育は、昭和 26 年の保助看法改正の指定規則により看護婦養成学科課程が定められ、その後、昭和 42 年、平成元年、平成 8 年に 3 度の改定がなされている。医学モデルから看護モデルへ、また高齢社会対応型へと社会情勢に適応したカリキュラム対応を目指してきた。当時の看護教育に用いられたテキストには、「看護記録の書き方の注意すべき事項」として「病床日誌は、医師の許可なくして患者、家人、その他の人に見せてはならない¹¹⁾」、「回診時などに患者本人や家族が見てしまうこともあるので、注意しなければならない」¹²⁾と各テキストに明記され、その後診療情報開示の重要性が強調される今日まで、継続して教育されてきた。「患者に看護記録を見せてはならない」という概念は看護基礎教育の中で強く浸透し、さらに看護実践においてもそのことを一つの作法として守ってきた看護者にとって、「見られるかもしれない」あるいは「見せる必要のあるもの」と変化しても、安易に受け入れられないのも当然といえよう。しかし、2001 年の S 県調査¹³⁾においては「抵抗感あり」は 75%、「釈然としない」が 70.5% で、それに比較すると幾分低下している。これらは、本調査は比較的都市部で行われた点と 3 年間の経過の中で看護者の認識も徐々に変化していることが推測される。

看護記録の開示への抵抗感の理由としてもっとも多かったのは、「患者に誤解される」、「不安を与える」で「ややそう思う」人も含めて 80% 以上であり、患者に見せたときの反応を気にかけていると推測される。

さらに、看護記録開示が現在より広く行われるようになった場合、看護にどのような影響があるかの問いに対しては、「IC が必要になる」、「記録に費やす労力が増える」、「看護過程に責任を持つ」、「カルテの電子化が進む」などの看護師サイドの変化や、「患者の自己決定を促す」、「療養への参加意識が高まる」といった患者の変化を予測する回答が 70% 以上見られた。「信頼関係が築きやすくなる」、「ビジネスライクになる」は 50% で、「関係作りが難しくなる」、「信頼が崩れる」を上回っていた。

そもそも看護記録とは何であったのだろうか。「患者の状態と行った看護を記載し、伝えるもの」とほぼ全員が答えている。24 時間の看護を途切れることなく三交代制で看護提供する看護者にとって、「伝える」ことの意味は大きい。従来行われてきた口頭での「申し送り」を廃止されていくなかで、看護記録によって「伝える」ことを工夫してきた。さらに、医師を始めとした他の医療従事者に患者の 24 時間の状況を適切に伝える役割を看護記録は担ってきた。身内の裏局域における小道具であったと見ることができよう。看護記録開示の進展によって、「誤解を招かないよう」「断定的な表現は避ける」「マニュアルに従う」と、見られることを意識した看護記録の書き方に変換することで、開示に対応しようとする様子が伺える。

看護記録の開示に対する年代による比較からは、50 歳以上の人が「本来は患者に記録を見せるものでない」という認識が強く、患者の権利意識についても低い傾向にある。しかし、より特徴的なのは、20 歳代の人々が記録を見せることへの抵抗感、今後の進展に対する釈然としない

気持ちが強くなり、さらに、今後、患者との信頼関係が築きやすくなることに否定的な点である。ベテランの看護師は開示に対する理念については受け入れがたいものの、今後の患者・看護師関係に期待感を持っている。しかし、若い看護師は、理念上は理解できていても感情的に受け入れていない様子が見て取れる。IC、情報開示の重要性については看護学校の基礎教育の中で受けてきた世代にとって、臨床の間では開示の準備が始まったばかりの未整備な状態のなかで、戸惑いを示しているのかもしれない。あるいは、学校教育の中では、大きなウエイトしめる臨床実習の中で思考過程を育てるために記載する実習記録があるが、その影響によってネガティブになっているとも推測される。いずれにしても、なんらかの対応が迫られている。

以上のことから、日本の看護界が看護記録の開示要請に応えようとする状況にあって、看護者の認識は大きく二分できるのではないかと推測される。まず一つは、看護記録は本来患者に見せるべきものではないという立場で、見せることに抵抗感を持ち、開示進展に対しては、「信頼が崩れる」「関係作りが難しくなる」とし、今後は「患者を納得させる」「患者が看護師を信頼する」「療養に対する安心感を与えること」といった「納得させる」「与える」というパターナリスティックなタイプである。もう一つは、患者には記録を見る権利があるという立場で、看護記録の開示に抵抗感がなく、「看護計画を丁寧に説明する」「看護計画と一緒に立てる」ことによって、「信頼関係の構築」「患者の療養の主体的参加」へと転換しようとするサポートタイプである。

医療情報の開示は、看護者のみならず他の医療者、とりわけ医師にとって、またその開示を求める市民にとっても大きな変換であることは言うまでもない。医師の医療情報開示に対する認識をみた調査¹⁴⁾では、開示への抵抗感は看護師より低く、開示進展に対する医療への影響については、看護師より期待感が薄い。また、医療情報の開示を進めている臨床の医師による調査¹⁵⁾においては、約8割の医師が開示に賛成であるものの、「専門用が多すぎて誤解を招く」73.9%、「信頼関係を構築することができない」52.9%、「診療録を丁寧に書く余裕がない」50%と不安や医療環境の不備を懸念する意見も聞かれたと報告している。これに対し、市民の認識調査¹⁶⁾では、カルテを見たいと考える人は80%以上で、記録を見ることができることによって医師や看護師との信頼関係が作りやすくなると答えている。

これらは、医師も看護者と同様に医療情報開示に対する懸念や不安を抱えているものの今後への期待感が強くないため抵抗感も弱いと考えられ、看護者の方が医療情報開示という時代の変化に敏感に反応していると推測される。市民は医療情報へのアクセスを望み、信頼関係構築への好機ととらえている点からも、患者・医療者関係にとって重要な転換期を迎えていると考えられる。

看護記録の開示請求を受けたことがある人は、現段階においては、まだ一割に満たない。開示経験の有無による比較では、開示経験のある人は患者との関係において「看護計画を丁寧に説明する」「看護計画と一緒に立てる」「患者との看護問題を共有する」が、開示進展時の医療への影響では、「医療の水準が上がる」と認識する人が開示経験のない人より有意に多かった。逆に、開示経験のない人は「患者との信頼が崩れやすくなる」「訴訟が増える」、「患者との関係づくりが難しくなる」と認識する傾向にあった。このことは、市民の要求に応えた看護師の手ごたえとして、大きな示唆を与えていると推察できる。

池永は、医療情報の開示の目的は患者が自己決定をするためのICを支えるものであり、さらに自己情報のコントロール権に基づくものである¹⁷⁾とその重要性を強調している。

さらに、2002年に発刊された日本看護協会ニュースは、「安全で良質な医療・看護を提供するためには、診療情報を患者にわかりやすく説明することが大切である。それには、患者の立場や目線で情報提供に努めることが不可欠。患者との良好なコミュニケーションは‘信頼関係’にもつながる」として医療・看護の患者・国民への情報提供を強調している¹⁸⁾。患者自身の個人情報医療者が持ち、さまざまなケアも十分な説明や患者の意思を確認しないまま、それでも‘患者にとってよかれ’と渾身の慮りをして看護を行ってきたことも否めない。看護記録の開示による、看護者の抵抗感、釈然としない感覚は、患者・看護者関係が擁護からサポートへ、垂直から水平へとゆっくり変化する兆しと見て取れるのではないだろうか。そのことは、臨床の現場において2000年以降に看護記録の開示、看護計画への患者参加の可能性を探る研究^{5, 6, 7, 8, 9)}が多く行われている点からも推察される。

看護界において、1950年代におけるヒルデガードE. ペプロウの「人間関係の看護論」を皮切りに、ジョイス・トラベルビーの「人間対人間の関係モデル」、アイダー・ジーン・オーランドの「看護過程理論」など多くの看護理論家が看護を患者・看護者関係の側面から論じ、その後の看護に大きな影響を与えている¹⁹⁾。しかし、ペプロウの看護師—患者関係における諸局面と役割の変遷では、看護師は無条件的な母親の代理人から大人へ、患者は幼児から青年、大人へと変遷し問題解決するという枠組みが示すように、患者を擁護する眼差しを強く持つことが要請され、それはケアとして重要で有りながらも、そのことが過度に働けばパターナリスティックな傾向を帯びてしまうであろう。

これまで見てきたように看護記録の開示は、単に‘クレーム対応’や‘記録の書き方の変更’ではなく、看護パラダイムの転換を迫るものであり、そのことによって自ずと患者・看護師関係に変化がおこるものと考えられる。患者の権利擁護に向けたICの一つとして看護記録の開示、さらに患者の自己決定と主体的な療養生活をサポートするための‘患者記録’を目指すためには、安易な‘書き方の変更’や‘記入マニュアル’では変換できない時代を迎えていることを踏まえて、市民と意見を交わしながらじっくり取り組んでいくことが重要である。そうでなければ、今度は、「情報を伝えさえすればよい」「患者が決定したのだから」といった‘突き放しタイプ’に陥りかねないのであろう。

本研究の限界として、限られた地域での調査であり、全国的な傾向を言及するには困難な面を有することである。また、医療情報の開示が動き出したばかりの現状から、患者・看護師関係を言及することは危険性をはらんでいる。しかし、研究調査より現場の動きが加速度を持って進んでいる点からも本調査の報告を一つの材料として、臨床に戻していくことは有用であると考ええる。さらに、今後は市民、医師への同様な調査との比較、インタビュー調査などを行い、看護者の特徴と今後の課題を具体的に展開していくことが重要である。

V. 結語

看護者の看護記録開示の認識と実態を明らかにし、患者・看護師関係を考察することを目的にして、K府内の看護者1158名に自記式質問紙を用いて調査した。看護記録の開示請求を経験した人は少なくとも、看護記録を見せることに抵抗感を持つ人は、63.5%であった。「患者に見せてはいけない記録」から「患者に見られるかもしれない記録」への変化によって、看護者は「信頼関係の崩れ」を危惧し、「納得させる」「患者が看護師を信頼する」、「安心感を与える」看護が重要であると考えるパターナリズムタイプと「信頼関係の構築」につながり「計画を一

緒に考え、患者の主体性に働きかける」サポートタイプに二極化していると推察される。今後は、形骸的な看護記録の開示ではなく、本質的なありようを市民／患者とともに創造していく取り組みが重要である。

VI. 謝辞

本研究にあたり質問紙調査にご協力いただいたK府下の看護者の皆様ならびにK府看護協会に深く感謝申し上げます。

VII. 引用・参考文献

- 1)日本看護協会編：看護記録の開示に関するガイドライン、日本看護協会出版会、2000
- 2)日本看護協会編：看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針、日本看護協会出版会、p9、2005
- 3)岩井郁子他：医療への患者参加を促進する情報公開と従事者教育の基盤整備に関する研究、平成10・12年度厚生科学研究費補助金総合研究報告書、2001
- 4)平英美他：「現代医療における情報開示‘問題’の社会的構築」、科学研究費補助金基盤研究(C)(2)研究成果報告書、2003
- 5)鈴木三栄子：集中治療における情報開示に向けての取り組みと課題、日本集中治療医学会雑誌、8巻、p166、2001
- 6)末安民生：「記録の監査」と「看護記録開示」精神病院はどのようにこなえることができるか、精神看護、4(3)、p29～33、2001
- 7)後藤美貴代：看護記録開示及び患者参画型看護に向けての看護記録監査、日本看護管理学会誌、4(1)、p148～149、2000
- 8)富田厚子他：患者と共有するカルテの問題を把握する—看護者の意識調査から—、健生病院医報、26巻、p28～30、2003
- 9)西山典子他：看護記録開示—ベッドサイド記録導入による看護者の意識変化—、全国自治体病院協議会雑誌、44巻8号、p1219～1222、2005
- 10)前掲書4) p16
- 11)季羽倭文子編著：看護婦教本基礎編1、p352、メヂカルフレンド社、1952
- 12)湯慎ます編著：系統看護学講座10看護学総論、p194、医学書院、1968
- 13)前掲書4)
- 14)平英美他：看護師・医師と市民の医療記録開示に対する意識の比較—S県アンケート調査から—、日本看護研究学会雑誌、26(3)、p442、2003
- 15)小川圭子：カルテ開示とセカンド・オピニオンからみる「患者—医師」関係、甲南女子大学大学院博士論文、p115-166、2003
- 16)大西勝憲他：医療情報開示までの経過及びその成果と問題点、日本病院会雑誌、48(5) p745-750、2001
- 17)医療・看護の患者・国民への情報提供、日本看護協会ニュース、423、4、2002
- 18)池永満：情報開示と看護記録の在り方、看護53(4)、p97-104、2001
- 19)ペプロウ、稲田他訳：人間関係の看護論、医学書院、1973
- 20)小林洋二：「診療録開示」と患者の権利擁護、看護、51(13)、p.39-42、1999.

- 21)岡谷恵子:診療情報開示と患者の自己決定, インターナショナルナーシングレビュー, 23(3), p6-9, 2000.
- 22)インターナショナル ナーシング レビュー:看護記録はどうあるべきか, 25(1), 2002.
- 23)井部俊子他:看護記録と変遷と課題、看護記録のゆくえ「看護記録」から「患者記録」へ, p6-14, 日本看護協会出版会, 2000
- 24)看護記録のゆくえ「看護記録」から「患者記録」へ, 看護 52(7), 2000

2 章 看護記録の開示に対する看護師へのインタビュー調査から

医療情報の開示に伴い、看護記録の開示にむけて、取り組みが進んでいる。看護の現場において何がおこっているのだろうか。看護現場の多様性の一端を汲み取るため、総合病院救急部（Aさん）、訪問看護ステーション（Bさん）、総合病院（Cさん）、療養型病院の看護師（Dさん）、総合病院の師長（Eさん）の語りの抜粋を紹介する。

まず、救急病院においては、搬送されてすぐに救命、検査、入院、転院あるいは自宅へと短時間の濃密な対応が求められている。記録は患者の状態と医療の適切性を証明するものとして重要な役割を占める。そのタイムリーな記録を残す役割として看護師が担う部分が多く、また看護として何ができたのかを記録に表現していく葛藤も生じている。

訪問看護ステーションでは、さまざまな職種がかかわっているため、看護の記録としての確に何を残すのか、他施設や他職種にサマリーとして申し送る際、患者家族が見ても違和感のない記録上の表現の難しさが語られている。

療養型病院においては、病院において長期の療養を余儀なくされ、ほとんどの生活行動を看護師の援助を受けて過ごす患者へのケアが特徴的である。慢性的な経過をたどるため、症状や治療に日々の変化は顕著ではない。そこに記される記録を誰が、どのような意図で見めるのか？といった看護師のジレンマ語られる。

一般総合病院（中規模）においては、記録開示にむけて求められる「記録の書き方の変化」についての違和感と記録物の増加、その記載時間の延長の問題があげられる。また、病名、予後の未告知患者に対してのかかわりの葛藤と記録の記載についても疑問が投げかけられている。

最後に、一般総合病院（大規模）の師長は、さまざまなプロセスを経て「患者とともに創りだす看護」への挑戦を試みている。まだ、記録の開示を求められてはいないが、ただ、見せることを求められているのではない、それは、看護の根本問題を問われているのではないか、という懐疑に基づいている。「だから、話し合ったことに対しての計画の共有というところでまずは始めてます。」「健康問題はつながっている」、「誰もがわかりやすい言葉で表現」「以外に、スタッフは楽しそうで、看護している実感が持てるようです」の語りに、今後の看護記録開示の行方が見えてくるように思われる。

救急病棟看護師： Aさん

I 1 そちらでは、どのような記録をつけていらっしゃるのですか？

A 救急記録、私達が外来で唯一残している公文書という事で、結局これは外来カルテにはさむと言う形にしてもらっているんですけど。この救急記録に関しても何回か改定をしているんですけども、又今回看護研究で、これを改定するという事で バージョンアップしてほしいなあと考えています。看護記録に対して 記録委員というのが オーディットしているんです。アップした事についてちゃんとかけているかをみているんです。又、経過記録に関して SOAPがかけない状況で 忙しいから書けない、解っていないから書けない、後救急の患者さんは、即 帰っていくか、入院するという状態で、その短時間で、その中での看護っていったい何なのだろうっていうのがあって 経過記録

に関しても出来るだけ書くようにしようといった風にコンセンタはあるんですけども。ただ、今回開示という事で、私達が救急の場面でいろんな患者さんが来られているわけで、意外にこういう記録に関しては、今後 見せるって事が要求されるんじゃないかなって思うんです。医師が、必ずしも、救急時にカルテに書いていけばいいのですが、殆ど書いていない事が多いのです。勿論 処置にはいつたりとかで、そうすると この看護婦の書く救急搬入記録をドクターが後で参考にして書くことも多いのです。だから、これをしっかり書いて患者像がつかめるという形で、私達も記録しているのです。ほんとうは、カルテに、記録があつてそれで看護記録を書けたらいいなつて思います。なかなかドクターはそれが無理な現状かなつて思うのです。

- I 1 そうですね。先ほどもおっしゃつていた、最新版を作つていふ事で、インフォームドコンセントについて、書く時間を作るかどうかですよね。
- A 一応ここにも、インフォームドの事が記載されているかということで 看護部長からかなり厳しいチェックが入るので、ドクターの話した口調でそのまま書く だれに、どのような話がいつたかという形で、そのまま書くことを今はしているんですが、これってほんとうにいいのかなあつて思う事があるのです。ドクターは記事にしていふ事をこつちは聞いたからという事で、そのまま書く。ほんとうに、インフォームドコンセントなのか、看護婦が意外と自分の頭の中で考えたことつて、人それぞれ違ふと思うので。
- I1 いろんな問題が生じてきますよね。
- A これが開示となつた時に 本人が聞いていないだとか、こういう風にいわれたのにこうだとかありますよね。あの時こうしましたよね、とか、。患者にとつていい記録はどういうものなんだろうつて確かに感じます。
- I1 特に生死にかかわる事つて 出てきますよね
- A そうですね。救急の場面なので患者さんの意識がないとき。
- I1 件数も多いですよ。
- A 100件いつも受けていますので。
- I1 今うかがつていふことからすると外来で看護記録を残そうとするのは難しいつてことですよ。
- A そうですね。
- I1 時間も、接触する場面も限られている。そして大量の業務がある。そのなかで、よつぽど意識して時間を作るかそうかわつていかないと、看護記録つて書けないと思うのですが、ここは本当によく努力されていますよね。
- A きれいに書けない場合だとか、よくチェックが入つたりしているのですが。ただ、記録係つて状況を客観的にみて、それがなかなか全部の処置が終わつてから、最初から書くつてことがあるので、それを、。。。。
- I1 記録つてそれが難しい。
- A 後になつて書くことが多いので。同時進行して書けばいいのですけども。
- I2 時間が書いてありますが この時間は、書いていない。
- A それはメモつていふ時間ですね。大事なところを。 ちよつと年齢のいつていふ人は、バア一つと書く人もいふんですが、普通は、メモつて、清書じゃないですけど、書くのです。

- I1 またそのうえ、一人ひとり、何を記録していくのかってことになりますね。
- A そうですね。
- I1 インシデントで、その時々起こってくる事ならば書いていけるけれど それを書くことと看護の記録として残していく事とその二つが加わりますね。
- A アセスメントをするのですが、なかなか医学的な説明は重いです。それに対してどういった援助したか、看護のアセスメントを救急でということはないのですが、ただ、精神科の患者さんが来たりした時 平常を保つ 不安を取り除くためにそばを離れないとか。そういうのは、結構やって、残すようにしています。
- I1 後は家族への声掛け。早め早めに対応して他のチームとコーディネートしていくという考えも起こってきますものね。記録をのこすということで、そのばたばたした事を終えてから、看護の記録をまとめるのは、大変であるって？
- A そうですね。
- I1 後 アセスメントは体の治療、処置の事に。看護記録というのは、その場面では難しいでしょうね。でも、看護者がかかわっていくなかで....。
- I2 看護人の記録が看護記録なんですよ。書き方も決まっているし。
- I1 看護記録なんだけど、医師としても、あるんですよ。搬入時の状態も医師が書くんですか？
- A 書く先生は、看護婦のこれを見て書きます。これを見ながら、医師は状況を書く。
- I1 訴訟になったときには、ここから何がされたかって事になりますよね。
- I2 医師のカルテより先に書くんですね。
- A そうですね。先生より先になりますね。だから、その救急のカルテを見せてくれっていわれても書いていない事が多いから
- I2 でも書かないわけにはいかないから、..。
- A 最終的にはかかれるのです。たぶん入院してから。しかしこの記録を必ずカルテにはさむわけですので、複写になっていて複写のほうをはさむのですが、先生は、たぶんそれをご覧になって、書かれていますと思います。
- I1 それは、責任を背負っているという実感があるでしょう？
- A プレッシャーありますね。これを見てですから。
- I1 そうすると、医師の記事にも活用される事だし...。というか、診療場面なら医師は医師で書いてやっていますよね。又、ナースは、ナースで書いていますよね。だから違うことを並列でやっているけど、この場合は、同じことをやって、でもこの記録がそちらでも使われるってことですね。難しいですね。
- A そう感じます。
- I2 医師がそのカルテを見て自分のを書くときに、ちょっとここが違うんじゃないかってコメントはいる事もありますか？
- A あるかもしれません。
- I1 いわれることは？
- A それはないです。
- I1 だからこのアセスメントの、AとPを取ろうってことですよね。其れは、情報開示を考えてだと思いませんか？

- A はい。そうおもいます。ここ1、2年前の事なんですけど、高齢の女性患者さんにバルンカテーテルを緊急の外来で入れたんです。入れることもいわねければ 恥ずかしい思いをさせられて、不愉快だと言われたんです。いやらしい事をされた、ととって、家族から問題になったんです。それで、女性の患者さんに対して、男性の看護師は入れないようにしているのですが、どんなに高齢であろうが、家族か、本人のどちらかがそのようにおこったって事がありまして、バルンを入れるときの項目を作ったんです。1、同意はあるのか？ 2、どこで。 3、だれが。4、各？CC入れてか？ あと入れた経験があるかどうか、、、とかそういった項目を作って記録に残そうってやった事があるのですが。
- I1 救急ですか？
- A はい、そういった事があって、その記録が、今までは、例えば、救急時心不全の患者さんがラシックスを使うからバルンを入れる。生きのびるって、確かにそういった説明もありました。まあ、バルンで助かった。そういう行為をするまでに必ず言いますよね。なにもその患者さんは聞いてなかったんで、結果、いやらしい事された。だから、入れるときも必ずドクターが患者さんに言うと、そして其れを記録に残して、項目もチェックして、残そうと、だから、うちは、バルンにはいる前かなり厳しいです。そういう問題が出て、そうになった。やっぱり、そういう問題が救急では多いです。
- I1 かといって、そのときの判断をいつもいつも 丁寧に判断できるっていうのは 難しい場面がありますものね。
- A その時は、ややこしいなあ、っておもったんですが、そういうことってあるんだなってことを自覚します。何気なくやってることも、やらされている人から見たら、確かにって。
- I1 そういう患者さんからの声って多くなってきてますか？
- A そうですね。
- I1 じゃあ、開示っていうのが迫ってくるって感じはしておられますよね。
- A 何かの行為にすぎなくても、これでいいのかなって、その前に、ドクターがある程度ケアをして。
- I1 こっちが看護婦なりに考えた内容で書くと そうだった、いやちがうとか、医師はそんなことは言ってないとかって、ナースが責任を負うことになるじゃないですか？ でも、今の内容だと、ドクターの説明に一応同意してるかは無理でも、ドクターの説明 有り、無しのコーナーは作っておいたほうがいいかな。
- A そうですね。
- I1 ナースの説明とかも、チェックだけは置いておいたほうがいいのかもかもしれませんね。
- A ドクターのインフォームドと看護処置に関してのインフォームドもまたちがうのかなあ？とおもうのです。
- A それはありますね。
- I1 今まで、カルテ開示をたずねられましたか？
- A ないですが外来についていて 外来の患者さんからカルテを見せてほしいというのはありました。なんか暴力団っぽい、、、見せろと言う事で。救急では今までなかったです。
- I1 救急やしはなれているのか。タクシーで来られるし。

A 地理的にもA駅に近いので、旅行者とか外人さん多くて、修学旅行生 観光客 からならずしもA市在住の方ではない。3人ぐらいこのごろ、自殺の方もみえて、検視とかで記録物を見せないといけなくて、どういう状況できてどうだったんだ説明するときに、むしろドクターが入ってカルテ、記録の開示になりました。

I 1 緊張するね。人の目に触れられることが非常に強い。

A いろんな人に見られる。病棟ではそんな事はないじゃないですか？その点はそうですね。

I 1 ドクターだって使うし、いろんな人にみられる事の多い記録なんですね。要するにここで起こってる状態って言うのは 生命の危機的な状態、医師の治療がおこなわれていくプロセスに、そこには難しくて書けていない所があるのかも。

A だいたいカルテにはインフォームドの事だけですね。

I 1 これが看護記録とするならば、患者が見える、看護が見える かつ誰かに送りたい、活用されるそういう意識で書いているんですよ。だから、短い時間の中で、的確なアセスメントをしろって言うのが難しい。

A プランを立てて、というのがお互いの実施項目なんですね。もう少しアセスメントに対していろんなプランが出てきたらいいのですが。全く看護診断は書いていませんね。これは、

今後 カルテに、オーダーリングや電子カルテが導入されていきますよね、その方向に向かってるかもしれませんがそのことについてはどう考えられますか。

A 今、処方と検査 採血項目の検査に関してオーダーリングされていて、これから電子カルテになってくると思うのですが、共有していくうえで、便利で確実で、以外にドクターの記録にしろ、字が読めなかったりとかあるので、きちんとしていて、間違いもコンピューターが排除してくれて、何回でも聞いてくれて、その意味の確実性、医療事項に関してちゃんとできる。慣れていかなければ。

I 1 例えば、チェックしただけで、記録としてあがっていく、ほとんど同じ様なもの、ここ整形系の記録だったらこんな事をするとかだいたい、決まってるから すぐにその場面が出てきて、チェックしていけば、それでいいものは良いと。

A いまこの病院では、フィジカルパスを導入していて、救急でも、アル中 急性アルコール中毒 吐血 患者さんの緊急胃カメラ 心筋梗塞に関しての心筋力テーテルの検査結果 に関してパスを作っていこうという事です。パターン化して誰がやっても同じ資料ができて、

I 1 そうですね。

A それをこの記録とどのように関連させてやっていくかはわからないところなのです。かく欄はチェック方式が。

I 1 そうですね。その方がいいですね。どうしても書きたい、書かなければならない事だけを書いていくのがいいですよ。

A パスだとドクターとも共有できるので。そこで、実施項目にドクターの欄があると後で、看護婦がそれに対して書くほうがものすごくいい。

I 1 プレッシャーが常にありますよね。後その、記録は誰のものかって話もありますが、記

録をこんな風を書いておられてどんな感じがしますか。

- A そうですね、今のところは、医療者のもの。やった事の証拠にもなる。今の時点では、正直言って、患者さんの為の記録とはいえません。
- I 1 確かな事を自分が記録として残しておけば、あの時どうだったのだろうとか、ご家族も、どうだったのだろうと見える記録ではありますよね。例えば、自分の家族が救急で運ばれて何かあったときに、私なら、何があったのか、どんな事をしてもらったのか知りたいです。そのときの判断は間違ってたのか。こんな風な目線で、あたたかくして貰ったりとか 体を拭いてもらったり、探してもらったりしてくれていたんだなって、自分、又は自分の家族がここで、どの様な時間をすごして そんな事があったのか、少なくともここで見えるから もしなくなってしまうたら、何があったのか、という家族での時間、又はかかわってもらった時間として見えるというのが理由で、見せてもらいに来るかもしれませんよね。
- A 私は、記録を書いていてその最後に自分の名前を書くことで、その患者に対して責任がある、結局それは自分の為の記録なのですけれども、自分のかかわった患者には自分が責任を持って関わる。名前を書く時点で、それをすごく強く感じるのです。いい記録を書きたい、でも自分の能力がそこまで言ってなくてかけない、だけれども、こんな事をした、が精一杯の記録になってしまうのです。それを、「Aさん、それはこうじゃないのよ、これはまちがってるよ。」っていわれるかもしれないけど、今は精一杯の記録を残したいです。その記録が自分の責任としては精一杯です。私の患者さんです。
- I 1 それは専門職としてとって、救急を引き受けたときに 私の患者さんになってるわけですね。
- I 1 外来看護記録っていうのは、なかなかけないって言ってましたよね。そういうのを書いていきたいと思われませんか？
- A 外来の看護婦は、日替わりで変わるの、出来るならば同じ外科をずっとついでと思うけれど、患者さんはそうではない。そうしたら 外来サマリーじゃないですけど、そこら辺をもっと工夫して、外来では、こういうことをケアしているって言うのを残したいです。

訪問看護ステーション 看護師：Bさん

- I2 もう訪問看護センターに長くお勤めですか？
- B もう、6年ぐらいになります。
- I2 病院も併設してるのですか？
- B 方針は同じで、別会計という事になっているんですけども、母体に形は同じです。
- I2 そうすると、病院の患者さんからの依頼？
- B の依頼もありますし、だいたい半分が母体病院からの依頼で、後の半分はもう少し数字が低いかもしれませんが 開業医であったりとか、他の支援センターからの依頼になりますね。
- I2 そうすると訪問看護の時も看護記録はつけられますか？

- B はい、勿論つけます。
- I2 病棟なんかでつけていたものとだいたい同じですか？
- B ちょっと違います。
- B 訪問看護記録ということで、B区、C区などで、1つの訪問看護グループを作っていて、そこで交流会をし、記録の事、マニュアルの事について定期的に、2ヶ月に1回位あって話をし合っているっていうのが、4年ぐらい続いているのです。そのとき、訪問看護記録の見直しっていうのも議題にあがっています。今の看護記録は、厚生省で形としてだされたところへんを使っているというのが最初の形で、あとは福祉のところの福祉台帳に記録の書き方としてモデルとして載っているのだけれども、そんなに規制もないのです。初めの内容としては、あとは看護記録、週2回60分の記録の中で、どれだけの現状を書けるのかというそこら辺のところ、やっぱり書こうと思うと介護指導の内容だったりだとか、細かく書いてくださいと上からは言われてきているのだけれども、それを書くに業務上すごく時間がかかる。だから記録のうえで、書かないといけない事はあるけれど、簡略化という点でどうなのかな？と思っているのです。
- I2 SOAPという形で、看護診断皆さんかかっている事が多いのですがそういうことは出来ないのですか？
- B 今、しています、看護診断で、SOAPで書いていますけれども、でも、カルテの開示という事になると外の人が見てどれだけ解るかってことになってきますので、そこで、言葉の不備もあると思うし、どこに着目してこれだけの記録の中で書いていくかというところもあるしまた、うちの訪問看護ステーションの記録とは別に、内部として、訪問看護ということで、書類を出さなければならないのです。それを、他のステーションでは簡単な内容で送ってるところもあるけれど、それでは細かい具体的な点まで反映できないので、看護診断に対する評価をどうやって記録するのか、外に出すときはまた別になってことで、また膨大な量になるし、それをまとめるとすると、外から見る書類としてはどうなのかっていうのがすごく考えてしまうところなんですけれども。1つ1つ、ばらけて考えると一貫性がない。初回にその人の問題点を書きますよね、その時に看護診断として問題点が表示されますよね。そのことに対しての記録を書いていって、それを評価して、どこで修正する記録となるのかというところへんで、煩雑っていうのが私の今の感想なんですけど。
- I2 実際はどれぐらいお時間かかるのですか。
- B 人によってそれぞれなんです。全く変わりがない人もいます。指導したりする事もあるのですが、実際にみるとわかるんですが、残業して、帰って記録書いて、残務整理をしてって人がわりといるので。だいたい1人につきどれぐらいかな。私は1人につき10分もかかってないですけど。
- I2 1人だいたい何軒ぐらいなんですか？
- B だいたい、4～5件です。
- I2 じゃあ、1時間あまりかかるってことですね。
- B そうですね。あと、訪問看護記録だけではなくてあとの連携で他多々の記録もあるので。
- I2 開示という事ですが開示について要求があったという事がありますか？患者さんから求

められた事は？

- B 今はないですね。カルテ開示というより情報管理という点で、慎重に考えていかないと
いけないです。そういう話しはしているのです。そのマニュアルとして開示を希望され
れば開示していくという原則の下でいますが、実際にはないです。
- I2 訪問看護ステーション内で、同じ看護師さんで、意見交換とかしておられるという事で
すが 病院内の看護婦さんとの意見交換なんかはないのですか？
- B ないです。そういう場を作ってというところまでのアピールが未だ出来ていないので、
内部に向けて、どこまで訪問看護ってというのが浸透しているかについては 何をしてい
るんだろう？っていう状況だと思います。今は研究発表なんかで こういう活動をして
るよってアピールしている現状なんです。また、病棟の看護師さんがほしい情報と、私
達がほしい情報っていうのは、差があるんですね。それで訪問看護という位置での情
報はあんまり取れていないのです。だから、病院の患者さんが入院して退院されるので
あれば、病棟にいつて退院指導をこういう風にしてほしいとか、こういう状況なんで、
という情報提供して受けつがせてもらうような状況なんです。だから、そこまで、親密
にはいつてないです。
- I2 ほしい情報に違いがあるっていわれたけど、患者さんの生活背景とかの情報でしょう
か？
- B 例えば最近の話で言うと 病棟ではお薬を配りますよね。その場で飲んでもらって、で
も実際家に帰った時に誰が配るんでしょうか？ 昼間どこかに置いてしまって、飲まな
いで忘れてしまうっていうケースは割りとあるんですね。 だから、服薬をどうしてい
こうかっていう問題もあるのです。例えば服薬カレンダーを作っていこうとか。訪問看
護以外でも、いろんなサービスがはいっていることがあるので、そこらへんのことは、勿
論イメージできないと思う。患者さんのいいカッコしたいので、病棟の中では、うんう
んといって、まあそういえば早く帰れるというのものもあるし。
- I2 訪問看護を受けるぐらいですから、家での生活もひとりでは大変なんでしょうね。そこ
をサポートしていくのも訪問看護の方々のお仕事なんでしょうね。
- B だから、退院のときのアセスメントがどれだけ出来ているかというのが、在宅にずっと
入る、すぐにうまく軌道に乗るかどうかって事と思うんですけども。だからそこらへ
んで、両方の場面を体験してる私達が 具体的に話をつめていく カンファレンスして
いくという上で、リーダーシップを取る必要性があると思います。
- I2 情報開示を抜きにしても、だから皆に見せられる内容を書いていこうという事ですね。
- B そうです。利用者が陥りやすい書き方もたぶんあると思うんですよ。利用者を中心に
いろんな機関がサポートしているわけですけども こういう書き方でわかるだろうと
考えていても、案外わからないこともあるし。特に、そういう意味で、利用者さんやそ
の後家族の方が見られたときに わかる内容の言葉使いにするとすれば、さっきも言っ
た様に 記録に時間がかかる。
- I3 今までに記録を振り返ったりもされましたか？
- B しました。
- I3 それで、ああ、ここがわかりにくいとか、こういうところを変えていこうとか、看護ス
テーション内で、他とは難しいと思いますし やり取りを何か具体的に？

- B 具体的には、その人の精神的な面 ぼけてる、、、やっぱり読んだときにぼけてるんや、、
みたいに、、、サマリーを豊富にするのに、ショートステイ つまり短期ですけど、その
ときに 在宅の介護状況っていうのをかきますよね その介護状況というところで記入
するときに、その家族は一生懸命してくれてるのに 私達外部から見たら、十分でな
いという評価を持つ場合、そう書いて、たまたまそれを家族が見て トラブルになった
というのを、うちではないんだけど、聞いています。ちょっと誤解を招くような表現も
あるんだろうなと思います。
- I3 一生懸命でないと書いたつもりはないけれども そう取られてしまう。
- B そういったことを考える中で、施設とか医療機関に情報提供しますよね。この情報が本
当に必要なかどうか こちらが必要ないと考えてあえて言わないことが、例えば病名とか
でも 医療機関は別ですけども 他で、はたしているのかどうか考えて、こちらとし
ていないと判断して書かないとするじゃないですか、そうしたら、病名を教えてください
といってくるのです。だから、一定の様式の中で、全部を網羅するような様式があった
ら、、どこもそうだと思うのですが それを全部埋め尽くさないといけないという感じの
事もあると思う。だからそこらへんで判断しなくてはいけないなあとと思います。時間を
かけても。看護記録からちょっとずれてしまいましたが。
- I3 その、生活支援の人たちがもっと教えてほしいというのは、何か理由があるのですか？
こうこうこういう理由で、ここがもっと教えてほしいとか。
- B むこうは、やっぱり医師の指示とかそういったところへんですね。医療的にはどうなん
や？という情報をほしがっているのです。血圧がどうであるかだとか、何を飲んでいる
のか、、まあ当たり前なんですけどね。この病名で、注意する事は何なのかとかは、やっ
ぱりほしい情報として持っていけます。で、病名がはいったりとかするんだと思いま
すけど。でも、実際にご本人さんに病名を伏せている場合とか有りますよね。その時に
どうなるのだろうとか、、。
- I3 気づいても間接的にだけですからね。
- B そこらへんがすごく流出している状態だと思うんですね。内面の見えないところでで
すね。
- I3 本人さんのいないところですよ。
- B 文章で、情報を流すことに対する了解は取ってるのですが。
- I2 本人さんに了解を取ってるのですか？
- B 家族に、訪問看護をするにあたって、この知りえた情報というのを プライバシーも有
るし守秘義務もあるし でも、よりよい介護状況を提供するに当たっては 他の機関と
情報を交換し合っていく。
- I3 こういう情報を提供しますよとかのやり取りがありましたよとかはいちいち報告はされ
ないのですか？家族とかに。
- B それぞれが訪問では1対1の付き合いなので、どこまでしているか解らないのですが、
この訪問看護の内容をサマリーとして送りますとそのつど言ってます。
- I3 それで、本人さんから、どんなことを切り取りしているのだという質問はないですか。
家族の方からも。
- B 具体的にはないのですが。施設との連携とかいう点で、最近だと思うのですが、施設内の

様子がにこちらに送られてきている。ありがたいことです。自ら尋ねる必要がない。今まで、連携する中でまだトラブルが起こっていけないからだと思うのですが、またトラブルが起こればということも予想されますが。今のところは、そういったことが起こっていません。

I2 それでは、今までにそう言ったトラブルは起こっていけないということですね。それでは、もちろん訪問ステーションがらみの補償問題などまだあったことがないのですね。

B だから先ほど言った、サマリーを介護状況に書いたときに、家族に怒られた。

I2 その家族がどうしてそれを見られたのでしょうかね。

B 家族の人に施設に渡してくださいと、その過程で。

I2 家族の方が見られた。

B 何が書いるのやろうか？という気持ちからだと思います。そういうトラブルが起こったときのことも少し話し合ったんですが、もちろん家族がそのまま見てもいいように書いて渡すというのが一つの考えだし、もう一つは、こちらが隠しておきたい内容があるから、直接施設側に文書を送付したほうがいいのではということです。そういうところは、文書で送る事にしています。

I2 看護記録は 非公開の部分があるがサマリーの方は、一応まとまっている公の控えですし それはわりと見せやすいという意見を過去にも聞いたのですが、そこらへんは？一応見せてもかまわないかなあみたいに。

B サマリーの方が見せてくれと言われる可能性が高いので そういう意味ではそうかもと思うのですが あまり区別することはないですけども。

I2 そうですか。

B 家族からの情報まとめて書くようにしているのですが、その家族の介護状況について介護してる方は、または介護を受けている方はみたいな形でひとまとめにして書いています。でもその情報の書き方は、まずは介護を書く。そのまま書く。チームではありますが一応担当制になりますので、自分の書いたものをあまり他の人が見る機会は無いです。だから何人か複数で担当している人たちの記録に比べて評価しにくいと思います。そこらへんをどうしていこうとか言うのか今の目標でもあります。ただ日々の業務をこなしながら、他者へのアピールをしていくというのは、優先順位から考えて、時間のないなかで、なかなか難しい。

I3 訪問先から帰って記録をするって言うことは無いのですか？

B ないんです。だからそこらへんも考えていかないと。やった内容をその場で記録して、複写としておいていかはるのです。だから、その方式を求められているところも今の流れではあります。 そうだと、簡単にした内容とどんな状況だったかという簡単なものになるんです。 でも、実際に帰ってきて、また記録が必要となってくるじゃないですか。そこらへんがどうなってくるのかなって思います。2回です。

I2 そうするとその場で書いていると簡単なものになってしまう。もう一度整理してつけるという形ですか。

B それかまたは、ご家族の方が居られなくて訪問する場合とか、した内容とかを、家族の方への連絡ノートみたいな形で書いているのです。その控えはこちらにはないのです。

その控えをどうするかって問題を指摘されたりもしているのです。

I2 一冊のノートで、実際にはおうちにおいて、

I3 最終的にカルテに挟むって物ではないのですね。

I2 なるほど。コピーとるわけにもいかないですね。

B 複写にするかっていってもちょっと。

I2 そうなると家族からの反響とかあると思いますか？

B 家族がこんな状況だって書いてこられることもあるので。どの家族もそうだってことでなくって、読ませてもらっていて、もう一つ、家族からの反応が見えてこないって事もあります。一つの方法として 連絡ノートの活用であったり、電話であったりそういったところへんでやっていますけど。

B だから、時間的にも負担が大きいです。

I3 自分たちの記録がないですね。 そうすると 情報開示になると 今のところ肯定的ですか、それとも否定的ですか。何か意見があれば、病院とは違いますね。

B ただ、知りたいと思う気持ちもわかるしそれに対して回答した方がいいと思うのです。そのとき、自分の中で、いろんな情報を管理出来ているかという点で 問題になる。何でもかんでも教えるわけにはいかないと思うのです。書いていく中で、誰が見てもわかるような内容で ちゃんとかけているかというのが、利用者のご家族が知りたい内容でもあると同時に、自分たちを守る記録でもあるべきだと思います。そのためには、具体的に各様式や方式をつめていかないといけないと思う。 でも、そこまで、個々がいけていないです。

I3 意識し始めて、、、みたいな感じですか。

B そうですね。こちら側としては、カルテ開示に向けて十分じゃないです。

I3 話し合ったり整理したり、お互いにね。書き方のポイントであったりとか。

I2 看護記録を書くときに、患者さんが隣にいて書いていくといわれましたが、患者さんと一緒になって書いていくってことですか。「こんな風にこんなことを書いておきましたどうですか。」みたいに。 そんな風に示す事はありますか。

B それはないですね。とりあえず、患者目標を話してもらって、話し合った内容を こうしていくという事で示しますけれど。 一緒に書くという記録はないですね。

I2 看護記録等は無理であっても、メモ帳なんかを置いて、こんな風にと見せながら一緒に書いていく、見せるような事も無いのですか。そんなやり方はどうですか。

B う〜〜〜〜ん。 耳が聞こえない方とか、

I2 コミュニケーションの為にですね。

B その方が多いのじゃないでしょうか。実際にかくという動作がやりづらい。コミュニケーション手段としては使うけれども、他の利用者の人にも同じ様にするということはないですね。

I2 患者の意思確認は言葉でしてるという事ですね。

B そうですね。口答で繰り返すということですね。それでも、日時の感覚が分からない方にはカレンダーを作っているのですね、上に日程で、下の方にいつ来るかとかの予定を書き込んでいます。そのときに、決めた内容などを書く事があります。カレンダー

にリハビリなどの目標を書き込んだりしています。またそのカレンダーに注意してほしいことなどを書き込むこともあります。

I2 カルテの記録 看護記録が誰のものなのだろうか。患者さんのものなのか、書いた看護婦さんのものなのだろうか。どのように思われますか。書かれている患者さんの記録は、患者さんの情報であつたりとかするのですが。

B 患者さんのものと、こちら側の記録というのがダブっているのではないでしょーか。書いていったプロセスの中で、自分の意見というのも書かれているのでこちらのものであるということでしょうか。たとえばカルテ開示になり訴訟の問題などが起こったときに、看護記録がこちらの記録こちらの証拠となる。実際にこういうことが起こったときこうだった。その時々によどのような判断をしたのかというのが残されているものなのでその意味でかぶるところがあると思うのです。けれど実際に直感的には患者さんの方のものになります。

I3 良い状態にしようと書き方なりで努力がされているんですね。

B そうですね。

I2 今日は初めて訪問看護ステーションでお話をお聞きしたのですが、どこも同じような内容を書いておられて、とりあえず今見せるのは難しいということも多くの方が語られてきたのです。

B カルテ開示という話が出て、どうなんだろうという具体的な点ができたのではないのでしょうか。それまでは、見せるという流れは出来てなかったですから、

I2 98年、99年その流れできて、この国会決まりましたよね。

B 注意しないといけないのは最近情報開示ではないかと思います。

I2 個人情報保護法という事で、個人の情報プライバシーの保護について、厳しくなってきましたね。

B そうですね。プライバシーの保護、すごく大事に使わないといけない情報じゃないですか、ずっと中にいてるので、そういうことに関する頭が少し薄い 日ごろの看護の中で、もっと気をつけないといけないことがあるんだろうと思うのですが、それが今自分のいる中のことであつたりするので、少し評価しにくかったりとか。わからなかったり、人から、外部から言ってもらわなかったら、気づかないとか。なんか、わからなくなりました。

I2 訪問看護ステーションの世界では電子カルテは入ってきているんですか。

B 電子カルテの話は聞いています。聞いていますけれど、どこもが、まだ電子カルテに飛びついてきているという感じではない。訪問看護ステーションの経営っていうのは、それなりの採算がないと駄目だと思うのです。かと言っていつも同じ事を書いているのではなくて、かなり水ものなのですね。その利用者の方が、あまり安定していない所もあるのです。だから、それを導入するとすると、かなりお金がかかる。個人のステーションや、併設のステーションなどいろんな形のステーションがあるから、それによってまた違うと思います。

療養型病院看護師： Cさん

- I1 今カルテ開示、、記録は、記録開示ってことで、何か変化していますか？
- C 開示するってことが言われだして、そのときは結構 勉強会みたいなことで、使っている表現 だめな表現みたいなことはやっていたんですけど、ただ、、、その話題のこう、、、なかなか難しいんじゃないですかね。まあ、あの、ただ、カルテ回診ってことであるので、
- I1 カルテ回診？
- C 総婦長と病院長が回って見て回るみたいなことがあるので、かろうじてみんなちゃんとしておかないと、、って感じじゃないですかね。あえてみんな開示ってことに関心を持ってないです。
- I2 カルテ回診？
- C そうです、だから、みんな開示に耐えうるような、
- I2 カルテをチェックするわけですか？
- C そうです。
- I1 耐えうるっていうのは、どういう条件になるんでしょうか？どういった内容になるんでしょうか？
- C う～ん、、、。
- I1 今まで何か指導を受けられたことはありますか？病棟で、何か、、これに書いたほうがいいよとか、、。
- C 表現ですよ。みんな迷ったりとか。表現の方法ですよ。
- I1 表現？
- C はい。
- I1 アセスメント
- C そうですね。結局みんなアセスメントがないんですよ。
- I1 SOS
- C はい。
- I2 たとえばどんな感じなんですか？SOSを出すアセスメントとは、、？
- C だからその、Oの中に アセスメントが入ってしまうんです。よく読んでいるとアセスメントされているのに それがOの中に入ってしまったいたりとか。みんなアセスメントって考えると思考が停止して。
- I2 私たちにはわからないところもあるんですが、、、。
- C アセスメントで書くときに言われるのが 考えられる思われる、、、
- I2 は、だめなんですよ。
- C 推測的な表現はしたらだめだっていわれるんですよ。そうすると みんな はあ？？みたいな、、、。
- I1 おもってることが、、だめ
- C 思ってだめで、考えたらいいのか、みたいな。考えられるなんですよ、、、、。人によっては、考えられるもだめだ。じゃあどう書くんだっていう
- I2 だから、～～～であるって書けばいいのかな？
- C そうなんです。だから、言ってる人は、そこまで、断定できるほど、自信はないです。し、結局だんだんだんだんと、こうアセスメントからおざかって行きたくなるみたい

な...。

- I1 特に重心（重度心身障害者施設）の場合は、患者さんがそこにずっとながくいらっしやるってことがありますよね。
- C そうですね。学生のときは、昨日の患者さんと今日の患者さんは違うのよって言う教えられ方をするんですけど、一緒みたいな...。
- I1 なるほど。これまで、カルテ開示とか、カルテ訴訟とかって経験ありますか？
- C いや、直接は無いですし どどここの家族が訴えるって口にしてるって事を聞いたことはありますが、実際 訴訟とかそういうことになったっていうのは聞かないです。
- I1 カルテ開示って、今後“見せてほしい” とかって 今後ありそうな気がしますか？
- C 今後...あるんじゃないですかね。あるかもしれないですね。
- I1 それどうして、そんな時に求めてきはると思いますか？ 誰が？
- C 家族の方が 亡くなった場合ですよね。
- I1 そうか。なるほどね。そうすると、その為 開示に耐えうる記録を今言われてるんですね。
- C そうだと思いますよね。特にさっき言ったみたいにあまり来られていない方の場合 見てない間、何されていたかわからないところがありますからね。
- I1 家族がこられているときは、まだ 目の当たりに患者さんを見てもらっているからね。
- C はい。 なので、後はありえるかもと思うんですね。
- I1 開示することに対してどう思われますか？強制化になるかならないかって時期なんです。
- C ある程度、仕方がない気はします。
- I1 そういう風に見せていくことで、今後患者と看護師との関係とか良い様に働くかなあ？とか、または、ちょっとなあ...とか、その辺はどうですか？
- C 結局 書き方とか それ次第で変わってくるんじゃないかなって気はします。
- I1 どんな書き方だと良い悪いと思われますか？
- C こっちの手のかかってるだぞ 見たいな書き方をしている時があるんですよ。
- I1 たとえば？
- C 用もないのに、何回も、鳴らしてる、みたいな...。
- I1 ああ、コール ～～するも、変化なし。とかね...。
- C あと、特変なしとか。たしかに 特変ないんです。 だから 特変なしの欄のページなんか見られたら、あまり診てもらってないと思われるだろうな...とか たぶん やってるんですよね ケアとして、でも、それは、毎日のケアやから 看護側としても やっているけど、それはやって当たり前のことだから書くことでもないだろうというので、書いていない。結局 特措なしが続くとき、家族は何にもしてもらってないみたいに感じますよね。
- I1 それが、長い長い療養生活をされている方を支えている。記録上はそう出てくるよね。
- C そうですね。なにもしていないと。
- I1 何も無いように、整えていってるんだもんねえ。

- C そうですね。
- I2 難しい話ですね。
- I1 書く方としてはそう。でも、見るほうとしては その記録から 何を援助してもらっていたのかとか、どういう状況やったのかを見たい。
- c そうですね。
- I1 もし、そちらの見られる方を意識して そういったことを書こうとしたら どうなる？
- C 言ったこと、やったことをいちいち 大変ですよ。時間的に、、、で、特に 今はカルテに時間をかけるなって逆に、いわれるんですよ。
- I1 そうですか。やっぱり。ちゃんとかけ、でも、時間かけるな。
- C もう、いっぱいいっぱいですよ。9人ぐらい持っていて、、、、、、、特措なし。特措なしですよ。特に、急成期で日々変わりがあったりする場合には、それが書けるんですが、何書くんだみたいな場合には
- I1 今日も 変わりなかった。やることはやったよ。みたいな、、、。
- C 昨日と一緒になんですよ。やることはやったし、、、。
- I1 今、受け持ち制
- C 基本的に受け持ち制です。
- I1 なるほど、、、じゃあ、あんまり時間かけずに 時間どうりに帰れということなの？
- C そうですね。それに、残業も”記録”が理由での残業は認められないし、、、。
- I1&I2 そうかあ～～。
- C 結局、記録も書かして、業務もいっぱいいっぱいですし。
- I1 皆さん、細やかなケアが必要ですよものね。こちらから言えば、手がかかるものね。
- C そうですね。
- I1 神経難病だから動くことができないかたが、多くいらしゃるでしょう？ でも、見られるかもしれないから 開示に耐える記録を書かなければならない 一方では。
- C なかなか スタッフの中では、そこまでの意識は回らないみたいなのが 現状で。だから、 かければ書けばいいんだけど、今は無理みたいのところですよ。書かなければいけないのは解っているし。
- I1 書かなければいけないのは、みんな解っている？
- C はい、みんな 解っています。
- I1 どう、それは？
- C 現実、難しい。
- I2 書く方だけで、どれぐらい時間がかかりますか？
- C 書く方だけで、短くしようと思って、2、、、、、、30分位ですかね。
- I1 かかるよね。30分ぐらいは、、、。
- I2 かりますよね。
- I1 記録物は 計画記録と、、、
- C 日計です。
- I1 フローシートとかはないの？
- C いや、日計にフローシートもいれてやってますね。フローシートがあるから余計に記事が薄くなってしまう。

- I1: そうですね。フローシートで済まされるもんね。そうか、記事をシャープごとに追いかけるって見方もあるけど、そうすると、その時々その人の健康状態が浮かびあがりにくい事も多いんだけど、
- C: そうですね。
- I1: そこが 浮かび上がっておかないと また記事が書けないという..。
- C: そうなんですよ。
- I1: そういうことかなあ。
- C: だから 記録において弱いですよええ..。うちの病院は、だいぶん..。
- I1: 弱いて気がするの？ 弱いかどうかわからないけど、自分ではそんな気がするの..。
- C: はい
- I1: というと、もっとこんな記録書けたらいいのになっておもうのは..、さっきもおっしゃったように SOP
- C: そうですね。それが、ちょう慢性期に対して ベストな方式だとは思わないんですが
- I1: はい、そうですね。
- C: 思わないけれど、病院がそう取っているんなら
- I1: なるほど。
- C: 書かないとだめだし。
- I1: そうだね。 超慢性期だから、フローシートで追いかけないけないことは、追いかけてあた、そのひとの 日々の描写とケアの事を どれぐらい織り込んでいくかって事ですね。
- C: そうですね。
- I1: 医師の記録はどうですか？ ナースから見ての。
- C: 細かく書いてくれる先生は 助かるんですよ。軟膏の処置変更のひとつでも書いてくれると 本当に助かるし、あと 在る先生は、全くそんなの書かない。 いつからこの軟膏処ってかわったの？って 褥瘡の措置もいつの間にやら変わってるっていう。
- I1: 書いてないのに、変わってるの？
- C: はいそうです。 ですから 口答での指示ですよ。だからこっちとしても、勝手に変えたって言われるのもいやだから看護記録に 口答指示でコレコレに変更ありって
- I1: でも きっとその 口答指示では その口答指示受けした時点で間違いがある可能性があるから。
- C: そうなんです。
- I1: もともとがないから たとえばサクシンとサクシゾンの間違って 書いてあれば医師の間違いだったとわかるけど、こっちが サクシゾンなのに、サクシンでかいてしまって、筋弛緩剤をうってしまって もし亡くなられたとしたら 聞き間違いやっていたら、こっちの責任やもんね。
- C: それが なんとか書いてほしいと思うんですけど..。
- I1: そうですね。
- I2: なんで書かないの？

- C そうですねえ、いろんなことがねえ、、、細かく書いてくれる先生のほうがありがたいですね。
- I1 やっぱり 記録をみんなの指示として、記録物をそうやって位置付けている 先生ですね。
- C そのかわり 書く量がおおいので、字がきたないとか、読めないとかありますけど。何とかみんな、なれると読めますから。。
- I1 癖を読み込んで。
- I2 看護記録を医師が読むこともあるの？
- C はい、あります。
- I1 医師はナースに 指示って言う点では 書いてらっしゃると思うんだけど、そういう先生と そうでない先生がいらっしゃるんだけど、他ではどうやって記録を、例えばナースだったら みんなに、伝達していかないと、みんなで共有していかないといけないっていうのは絶対で。そういうナースから見て 医師の記録ってどういうふうに見えますか？
- C 自分ひとりが解ればいいんやろう、、みたいな。と、思います。25年間変わってませんね。私がナースになってから。
- I2 カルテ開示ということで、対策は。
- I1 医師の対策は進んでいるんですか？ 開示にむけて。
- C 会議の報告とかで、聞く程度なんですけど、”読める字で書きましょう” “みたいな、、、。(笑) それぐらいしか、、、。 そんな内容に関して 教育がなされているようには思えないですね。
- I1 なんか、変わったかな、と思えることはないですか。
- C ないです。なにも。
- I2 今のところ、医師に対する カルテ開示の請求はないんですね？
- C ないですね。
- I1 どこか、病院の一角に カルテ開示があります。何かあればどうにかします。みたいに書いてないの？
- C それは、外来とかに。
- I2 どうゆう文字になっていますか？ カルテ開示ってでてます？”医療に関すること なんでもお聞きください”みたいにでています？
- C ”カルテ開示”という 言葉が使われたと思いますね。
- I1 なるほどね。もし、このカルテ開示が もっとみんなが普通に請求するようになったら、何が変わるでしょう？
- C 中身はたぶん変えると思います。 中身は、変わっていくと思います。
- I1 そうですね。 有るとすれば または 期待するとすれば それはなにですか？
- C 期待するとすれば 見る家族の方本人との信頼関係が もしそれでできあがるのなら、いいなど。
- I1 そのカルテを見ることで、本人や家族が信頼を深める関係ができる。
- C ならばいいな。こちら側と。

- I1 それはどうということかな？ 看護婦さんこんなこと考えて、、、。
- C そうです。
- I1 先生こんな風に考えて、こんなことやってくれていたのかって、、、。
- C はい。
- I1 下手すると 逆に。
- C はい、どっちかだと思います。
- I1 中途半端はない？
- C ないと思います。
- I2 じゃあ、悪くなるケースもある？
- C あると思います。
- I1 今のままなら。
- C 難しい。特に 慢性期の場合には。
- I1 そうやね。 急性期の場合には、かれこれしてるように見えるし。
- C そうですよ。
- I1 でも、慢性期の場合 逆に 違う意味で 丁寧にしているのにね。
- C そうですね。
- I2 それは、毎日やってる事が変わらないってゆうこと？
- C はい。 排泄 食事 おふろ
- I2 極端な話 はんこか何か押していくの？やりました、、やりましたって。
- C そういうのも 项目的にはあります。
- I2 あるんだ。
- I1 援助のやったことも、はんこ押すところがあるんですよね。
- I2 はんこひとつでは、ちょっと足りないよね。 やった労働量にたいしてみあわないですよ。
- C 家族が見たときには。
- I2 文章化されてるほうがいいよね。
- C そのときの状況がみえるほうがいいですよ。
- I2 読まなくても 同じようなお世話をしてるわけですから、文章化しても、同じ文章になる。
- C 同じ。それで、みんな、二三日続いているなって思ったら、他になんかないかな～～って
- I1 どっかに貼っておけばいいよ。一週間おき位に、きょうは、あれね、、って。
- C ほんとうに。なんか 続いているから、私のところでなんか変えないと不自然みたいな。
- I1 やってる行為は変わらないのに、記録というところで、表現することそのものが 今求められていたり、それを見せることで、信頼が深まったり マイナスだったり。 やってることは なんにも これからも変わらないのに、表現だけ。
- C 表現だけですかね。開示でいえばそうですよね。
- I1 まあ、でも、もうひとつ言えば 見られる記録を意識することによって 自分たちのケア 思考を見返すってこともあるかなあ？こんな表現したらいけないとかって言われて、こんなみかたしてたのかなって

- C 思い返すスタッフもいると思います。全てがそうだとはいえなかなかいきれないんですけど。良く思わないってことはないと思います。
- I1 そうですよ。今 信頼って言葉が出ましたよね。例えば、開示をして、“こういう方法もありますけど、この方法でやりましょうか、”とか、開示をして 一緒に進めていくことで 患者さんの責任が増すって言われ方もしているんですけど とかあと 主体性が増すとか、。そういった話に関してはどう思われます？ あなたは、見た経験があるわけだけでも、。
- C そうですね。自分が選択して記録に対してなら それは納得いくんだろうなという気はしますね。 こうしてもらった、自分 自分の家族がこう選んだから こうしてもらった。といくことに関しては、納得がいくと思いますね。だからケアの内容でどうこうって事はなくなるのかなって気はします。
- I1 はあ。 では、もうひとつ。 カルテを見て ” 看護婦さんこんなことを考えているんやな～。 でも わしは、こうしたいで。”とか。 カルテ開示ということをして 媒体にして患者さんの意欲とかが引き出される 高めていく そうゆう道具になるだろうか？ カルテ開示というのは。
- C 患者さんによると思うんですけど、全ての場合こうだとは言いきれない と思うんです。だから 患者さんを見て進め方って言うのを 変えていかないと 記録を見たときに昔あったんですけど 学生のときに 思春期の子がカルテを見てしまったんですよ。いたずら心だったと思うんですね。 自分の大好きな看護婦さんが あまりにも 客観的なことを書いているんですよ。こんな風にみえたのかって。
- I1 あったの？
- C ありました。だから患者さんそれぞれによって 進め方って言うのは持っていったほうがいいのは。
- I1 本当に今までナースは カルテは患者が見える状況を絶対に作ってはいけない、患者に触れるところをさわる 見るという機会があってはいけない。みたいのところは自分たちのものとしてありましたよ。
- I2 そういう風に教えられていたの？
- I1 暗黙の了解で そうやって
- I2 実習の記録もですか？
- I1 実習記録も、患者さんの横で書くということはありません。
- I2 書いてると思っていた。
- C ありえないです。 メモとして。
- I1 いえいえ。
- I2 ナースステーションにかえて？
- C とか家でとか。控え室とか。
- I2 家に持ってかえるんだ？
- I1 自分の記録をです。カルテはそこでもう出して。だから、その看護界においてそうやって作ってきたものを 開示ということで 転換する時です。特に、看護婦はそうなのかもね。
- C はあ。

- I1 医師の場合はまたちがう。
- C 患者は先生に対しては 体を診てもらっている。という意識があるんですよね。看護婦に対しては、体はもちろん 心の部分もって意識が強いんですよね。求められることが多いんですよね。もしその看護記録が本人さんが冷たいって 感じるのかな？
- I1 特にここは ロングロングで 彼女たちより長くいる方が 何十年って。
- C そうですよね。
- I1 そうするとほかの3週間位の入院とはちょっと違いますよね。そうすると、いつも見られるって事を考えた記録に変えていかざるを得ないのですか？ 今はそこまでは行っていないけど、..
- C そうですね。開示ということを考えて変えていかないといけないだろうな。
- I1 それは信頼が壊れるかもしれないから？
- C そうですね。もちろん カルテ開示をすることで 自分達の身を守るということもあると思います。やることは、やっていた。
- I1 専門の立場で、
- C そうですね。 逆にしてもらってないと、取られかねないとすれば中身を変えていかないと、
- I1 やってるにもかかわらず 書けてないだけで、身が守れないとすれば、それは、
- C 実際、もし患者さんが生きている状態で 家族の人が見たいといって、信頼関係が壊れたところで、じゃあ病院変わるわって患者さんの立場でも、無理なんですよ。ほか、どこも取ってくれないから、。おうちに帰るぐらいしかない。家族の方はいやなんですよ。だから、見られることによって関係がこわれるより、プラスになるように 動いていったほうがいいし。
- I1 家族が見たいといって 関係が壊れて それでも、どこにもいけないって一番最悪やんね。
- I2 本人に見せるんであって、家族に見せてもいいんですかね？基本的な問題なんだけど、..
- C 家族の間柄にもよるんですけど、
- I2 本人が生きておられても、
- C たぶんいけると思います。
- I2 生きている本人を差し置いて、家族に見せるというのは？
- C 本人さんに 判断能力や伝える能力があれば、本人の意思を尊重するんですけど、そうじゃない患者さんが多いので、 結局 代弁者が家族という形になるので、病院の中では、すんなり、開示対象者として入ってると思います。
- I1 どちらかと言うと 家族の方に視点があるかもしれんね。
- C そうですね。患者さんに対してのケアは当たり前なんですよ。何年もって事で、いわば、死ぬまで、病院の中でどれだけ充実した生活を送るかは、当たり前で、それに加えて家族ですね。
- I1 患者さんは知ってるものね。どういう かかわりやったかも知ってるんね。
- C はい。それを見せてほしいとか何とか言って来るのは、ほとんど家族しかない状況にあるんですよね。そこがほかの病院とは違う。療養型の 特徴ですね。
- I2 じゃあ、見せてもらっても、不平は言い辛いんですよね。不平を言ってしまうと、..

- I1 家族が言うのは、簡単なんだけど けどまあ、その、不平を言って、 カルテを見て、患者さんががっかりきて でも、 居続けないといけないというのは、実際 日々かわっているのは、ナースと患者さんとセットでいつも動いてるわけじゃないですか、そこに家族が居て、見せてくださいで、患者さんもそんなことが書かれていたのかとおもうわけですよ。
- I2 それぞれの考えでね。
- I1 じゃあ、ちゃんとしてくださいよ。といわれて残された この二者の関係。
- C そうですね。
- I2 その時は、患者さんとの関係も 悪くなりそうな気がするなあ。
- I1 そうです。だから ナースから言えば カルテ開示は、あまり幸福なことではない。
- C そうですね。たぶんみんな、ああ、めんどうだ！めんどうだ！ってゆうか 仕方ないですよ。
- I1 決まってきたから仕方ない。なかなか、うちの病院は 難しいですよ。、なかなか 仕方ないと思いつつ それに乗れない。上の年齢層の人が多いですから、病院としても動けない。、、、、ですよ。なんかこう、一枚の壁が破れないやんね。
- C そうですね。
- I1 看護記録に書かれている情報は、誰のものか？ 例えば あなたが見てほしいと見せてもらった、その記録は、誰のものでしたか？ 情報は、誰のものかという議論があるんですけど。
- C 誰のものでしょうか？ それを見て利用するのは 看護婦であったり医師であったりするんでしょうけど 実際誰が使っているんでしょうか？ 誰が、前のカルテを見る？みたいな話にまでなっていきそうな感じですね。 私は、その日その日みたいなのところがあるんですけど、今日受け持ったから、ということで、過去の自分の状態は、あんまり関係ないんだろうなみたいな、、、。 私は、まあ、要するに患者さんはどう思っているかわからないんですけど。書かないといけないから書いているんです。
- I1 そんなに生かされるとも思えない？
- C ですね。
- I1 でも見せてくれてって言われて見せたら、信頼関係が崩れてしまうかもしれない。誤解されるかもしれない。 患者さんのものっていう見方をすればそこにお書いてあるものは、その人由来のものなんだから “そのひとのものだよ” っていう。
- C 使ってくれるのなら何に使ってもらっても全然いいんですけど。何に使うんだろう？でも、それを見て、後々納得するんだったらそれはそれで、、、。
- I1 その人が納得できる材料になっていくだったら。
- C いいと思うんですけど。
- I2 検査記録なんか 例えば、血の検査すれば、結果くれますよね。昔はくれなかったんですよ。 、、 くれますよね。 薬の説明書きも大体くれますよね。
- C そうです。
- I2 それと同じ扱いにはならないんですか？ 看護記録とか、カルテとか。

- C 検査の結果とか薬の説明は、人の判断が入らない部分なんです。看護記録というのはその書いている人の考え方っていうのがすごく反映されると思うんですよね。考え方が反映されているからこそ、それを見たときに、この人はこう書いていると思ったときのその人自身に対する考え方っていうことさえも作用される。
- I1 そうですね。
- C それが難しいんじゃないですか？ 別に、薬の説明をもらって薬剤師のことを 嫌いになるってない。検査用紙をもらって、検査技師が嫌いになるって事はないんですけどね。けど、看護記録をみて、看護婦を嫌いになるって事は、十分にありえることなんですよ
- I1 この検査を抜かしているのは、この主訴でいったのに、この検査していないのはどうしてかな？って思うかもしれない。それとか、私にこの薬、神経安定剤なんかくれて そんなふうになんかみたのか。こんなふう息苦しいとかって言うのに、更年期のウツに考えたんだわって そういう 医師の判断に対して思うかもしれない。
- I2 ちょっとそこらの、知識が必要ですね。普通の患者さんは、わからないなあ。結局は、自分に書いたこと。そういう意味なら、まだ看護記録なら、忠実に書いてあるから。
- I1 ああ。そうですね。あの時“がんばりましょうね。”と言ったのに、こんな風に、、、。
- I2 あの時“がんばりましょうね。”と言ったというふうにはかかないんですか？それは？
- I1 書くこともあるよね。
- C 励ます。見た意味、なんだか冷たい言葉ですよ。心からの励ましじゃないみたいな
- I2 言葉の使い方、表現法。
- I1 そうですね。表現法。
- I2 そんなにダラダラ書けないよね。
- C そうです。そうです。

一般病院看護師： Dさん

- I1 看護記録の開示って言うことで、何か、こちらの病院で取り組まれたりしていますか？
- D 記録の見直しは、しているみたいですね。だから、“これから 必ずカルテ開示ということになっていくので、それに伴うような記録をかきなさい。”というような事です。ただなかなか、前に進めないみたいに記録委員さんに聞いています。でも、いずれはそうなるのであろうし、求められたら、拒否はできないってことになってくるので、患者、家族に求められたとき、ちゃんと見せられる記録を書きましょうという風に 書き方とか、記録用紙とかは、いろいろ検討は、してるみたいですね。
- I1 見せられる記録っていうのは、何をどう書いていくのかって難しいですよ。
- D そうですね。うちの病院は、たぶんやっとな SOAP で書きなさいってゆうのがやっとな浸透してきたぐらいなんです。ちょっと遅れていて、いま SOAPI で。I まで書きなさい。なんですけど、なかなか、書いてあっても、なんだかの的外れているような記録もあるししっかりと書けているのは、そんなに、半分も書いていないです。で、記録用

紙も、従来のものと全然変わってないので、そこからほんとうに、記録を見せられるのかどうか わからないし、後 お医者さんの記録も しっかり書けていない。なかなか、厳しい状況です。

I1 これまで、カルテ開示の経験とかはありますか？

D いや、聞いたことも無いですね。訴訟問題に何軒かあった時に カルテを持って行かれますよね。その時だけじゃないですかね。今、マスコミで、医療事故が騒がれていて、ちょっとした事でも、問題になりますよね。何でも、結構確認するところが多くなってしまって、それを、目だけで確認するのではなく、記録として残せと決まって、例えば点滴でも、時間ごとに、チェックする項目がいくつもあって、時間ごとに チェックすることができたかを チェックして行かなければ ならないような記録物ができたりとか、、、転倒や転落の事故で入院された時に この方が今どこまでADLが進んでいるのかをチェックしておく紙があって 自分で歩けるか？とか、歩行器を使わなければいけないか？とか チェックしていく項目なんですけど、それも書かないといけないし、、、だから 日常の記録物以外の記録物 チェックリストって言うんです。点滴のチェックリスト、呼吸器のチェックリスト、、、いっぱい出来て、記録物増えるし 書けないですよね。時間までに終わらせろ。あんまり、時間外まで残って仕事をするな、、ですし、ケアや処置に言ってきたら、すぐに記録をしろなんですけど、それは、とてもじゃないですけど、実際問題無理です。“書きなさい。書きなさい。”って上は言いますが、下は“そんなんやったら一回書いてみせて。”と言いたくなるぐらいの状況ですし そんな充実した記録を書きなさいなんて、ちょっと難しいものがあると。

I1 じゃあ、看護記録に、具体的にいろんなものをチェックするのが多くなって、非常に難しいって事になっている。

D なかなか、そうチェックといっても見に行っても出来てないと思うんです。巡視のたびに 点滴の速度が良いか ラインは、ねじれていないか すごいいっぱいチェック項目があって、みんなちゃんと3時に見てきたかって、3時に見に行ってるわけでは、無いですし ある時間まとめて見ても、見ていなくても、チェックをガアアっとやっているっていうのが現状だと思います。

I2 じゃあ、ナースが患者さんと接する時間って言うのは、減っていると思いますか？

D 減ってます。 記録に追われているのが現状だと思うんですけど、、、5時15分まわって、もう記録が出来ているのかと思ったら未だで、 今度は、時間外に、記録は、書くなって事で だから、 5時15分までに、仕事を終えろ、残業はするな。だから残業の多い病棟は、クレームが出たり。

I1 そういう意味では、記録を書くという要素が時間を取るっていうことになりますよね。でも、残業するなって言われるとうまく記録は、かけない。記録を書くっていう事と、私たちの場合 思考を書いて、整理するって言うところがありますよね。 その所は、どうですか？ 思考を書かずに あの人のことを、どう見ていこうかって事を、頭の中で整えて、次のナースに 伝えていくってことは、どうですか？

D 次のナースが、その記録を呼んでくださったら、

I1 まず、読んでくれるかどうか、..

- D 読んでいない場合、、、 みんなそんなに読んでないかも、、、
- I1 特に抵抗があるとしたら、どんな記録でしょう？
- D 私としては、ほかの人の記録を見ている、そんなこれをほかの人に見せたらやばいやろうって記録は無いですけどね。ただ 指導されたことが レスピレーターとか見に行ったら、アラームがなっていて、たまたま外れていたとかは、書いてはいけないうって習いましたけど、それは、カルテ開示になったとき そこで、問題になるので 蛇管がはずれてアラームが鳴っているとはかいてはいけないうって 何も無かったってするのではなく なんて書くんやったかな、、、蛇管が外れているとかっていう事実は書かなくてもいいって言われました。
- I1 アラームが鳴っていたので、、、、
- D それだ。それは隠している事で、嘘をついている事になるから、それはアカンのじゃないの っていうその先生にきいたら 自分を守るためやからっていわれた。これからは、そう言う事だけで 訴訟になってくるから 自分を守るため 悲しいかな、自分を守るために、書いてはいけない。ムンテラ内容も、ムンテラを書く時に、今までは、ドクターが言ったことを、その通り書いているつもりでも、書き方によって 言ったことと、記録として書いたことの文面との、ずれ 記録と違う時があって それもトラブルの元なので、ムンテラ内容は、ナースは書くな、その代わり、医者に書かす。医者が自分の記録に、ムンテラ内容を、家族にこういうふうの説明したと書く。
- I1 そうしたら、納得される。
- D そうです。
- I2 そうしたら、そのムンテラ、家族に渡すの？
- D いいえ、違います。
- D 手術とかする場合 同意書にムンテラ説明内容があるのですが、それとは別の ターミナルで あと何日か 3日ぐらいでお亡くなりになるであろうって事なんかを かぞくに説明しはる時に そのドクターがカルテの中の、ドクターの記録に書かれて、私たちも一緒に聞きますが、カルテに自分で、書いてはいけない。
- I1 でも、それを聞いて、患者の反応を見て何かかけるでしょう
- D でも、しっかり最初から ホンテラを聞けていない時もありますよね。
- I1 そういう意味では、外科医というのは、事実を書くんだけど、一部 自分たちを守る方向にも行っているって、言えないでもないってこと？
- D そうですね。 ホンテラ内容を書く、書かないも、看護師はこう書いているのに、家族は、聞いていないってなると もめるので、、、
- I1 医師が説明義務のあることは、看護師は書かない。 でも、看護師の立場で、それを聞いて どういう内容について、患者はどう解釈しているのかっていうのは、看護師が書いても おかしくないですよ。
- I1 カルテ開示っていうのを考える上で、ナースは医師がもう少しちゃんとやってくれないとっていうのを 見られるっていうのを意識した上で、促していくっていう 期待もあるのですが、その辺はどうですか？
- D そうですね。本当に、カルテ開示というと、看護師はもういわれているので、見られる

ことをちゃんともう認識しているんですが、ドクターは、書かれている時と書かれていない時とかが あるので それは、開示になった時に治療計画とか全然無い先生とかいらっしゃるので、それは、問題になると思います。

I2 もう、法律でしないといけないんですけどね

D 10年ぐらい前に、確かに、書いてらっしゃらずに裁判になった先生がいらっしゃいました。それから、上の先生に必ず書くように指示されて、書いて。もう辞めていらっしゃらないですけど、、、。何でも、訴訟問題になるっていうことは、感染のことが 私は頭にあるので、今は院内感染を起こしたら、訴訟になるって思うので、アメリカなんかも裁判すると負けるし、勿論、日本もでしょうし 自分の身を守るために、患者さんの身も勿論守るために、起こっちゃいけないことを起こさないように、ちゃんとやってこうって、私は、みんなに話しています。

I2 書く時間が無いというお医者さんもいらっしゃるようですが、、。

D 忙しいですから。外科医5人しかいない 忙しいと思います。書く時間、なかなか無いんじゃないでしょうか。

I1 記録のことだけいわれてもなあ、、ていうのがありますよね。

I2 これからは、患者さんの結果責任ってゆうのも ありますよね。手術にしても何にしても、患者さんが判断をする。患者さんがどうするか選んで、その結果についても、患者さん責任になる。医療者側としては、そうは考えられない？

D それは、でも、それは、言えない。していращやる先生は“どうされますか？”みたいに選択肢を与えて、きめてくださいっていったはるんですけど、ほとんどの先生は、一方的です。かといって、選択をしてもらって、その結果があんまりだった時 私たちは、これ選らんだのは患者やのにみたいになりますし。

I1 医師も、こんなことなら、患者さんが選んでっていう医師も多いんです。

D そうなんですか、、。ただ、うちでは 選択肢を出して選んでもらっているような医師はいないです。

I2 そうですか、、、自分が最良だと思う方法を提案してるんですね、、。

I1 例えば、カルテ開示は、患者さんが主体的に、積極的になるって言われているんです。それは、どうおもわれますか？あなた任せじゃなくて。

D 患者さんをがいつでもみるものとして、、。 いいと思います。 当分なりそうに無いけど、、、。

I1 どうして？

D 看護婦がすくない。外国とかどういったシステムか知らないけど、1対1で、ICUとか、診てるんですよ、向こうは、、、。ほんとうに、患者さんの様子を把握されていて 家族みたいな感じで、ケアをしていける。勿論私たちもそうなんだけど、やらなければいけない事が一杯ありすぎて そこまで、介入してしまうと自分が持たない。 そうなったらいいと思うけど、、、。ここは、アメリカとは違う、、。っていわれるけど、、、。

I2 其の記録というものを何時間か ベッドサイドにおいておくと、患者さん見ますか？

D みたいのかなあ。患者さんは、今は、未だ、見てはいけないものだっておもってるんじゃないでしょうかねえ？

I1 医者のも、看護婦さんも医者のものだって思っていますよね。

- D 興味はあるんだけど、英語だし、医療用語も難しいしわからないもんとか、最近、告知するようになってるんですけど、本当の病名は何なんだろう、そこのにのってるんじや無いかとか、本当は、ちがう病気が引っ付いてきてるんじゃないか、、、あの薬の本当の効能は、、、とか、そこに興味があって、患者さんは看護記録や 医者の経過記録や お医者さんの治療は、本当に良くなってるのかって意味で、知りたいかも、、、でも、看護婦の記録は、知ってるのかなあ、、、。
- I2 見てもらったほうがよく理解を得てやりやすくなるって思う？
- D 見てもらわないほうがいいような、気がする。全て隠し事無く、コミュニケーション取れてるといいけど、ほとんどそんな患者さんいないんです。
- I1 なにかがある。
- D 実は、内緒にしてを、書いている。診られると困る。
- I1 家族の内容とかね、、、
- D はい。
- I1 カルテの内容って誰のものだと思いますか？
- D 内容ですか。今は、両者のもの。私しか見ませんが、私たち両者のものです。
- I1 “私のことを、書いてるんだから私のものよ。” っていわれたら、？
- D そうですね、そういわれたら、患者さんのものです。そう言うしかない。
- I1 今までは、自分たちの為に書いてきましたよね、それを今から、、、
- D 恐怖心 それで、上手く書けないのかも知れないですね。
- I1 今まで、書いていたアセスメントを書くのにも、躊躇するかもね。
- D それはあるかも、、、
- I2 医療以外にも使われるかも、例えば研究、学会なんかで発表する場合 そういう時、その記録は誰のものだろう？ 医療に勿論関係していくんだけど、、、 患者がどういう風だとか、考えられていないですよ。
- I1 ここは、まずやっていかないといけないですね。最後に話は変わって、最後は告知の問題なんですけど、
- D 科にもよると思うんですが、規制は全部していましたね。先生にもよるんですけど、最近告知する先生が増えています。甲賀病院としては。
- I1 看護師としてどうですか？
- D 私は、どちらかといえば告知したほうがいいと思うんですけど、ケースによるときもある。高齢者で痴呆で、、、あんまりいないけど、、、時々そんな人にもはっきりという先生もいるけど それは辞めていただきたい。後、告知するべきなのに、家族がどうしてもはんたいして というのもあり、家族にどうして告知するべきかを 先生に、説明してほしいです。
- I1 なるほど。
- D いつまでも悩んで、発病してしまったり、思い悩んで自殺してしまったりとかもいらっしゃるし、、、、。最近でも、ほとんど知ってらっしゃいますね、進行する前に、早期発見で。逆に違っていて否定するのも、フォローの限界もあって そういうかたは、もう悟っていて、ほんとうはわかっているのに、お互いにだましあいをしている状況。
- I1 お互いのことを 思い合いながらのだましあい。

- D そんな感じがします。ひっかけて、“私って本当は、こうなんだろう？”といわれて、“何を言ってるの”っていいながら、ああこの人もう気づいているわって心の中で思う。向こうは、向こうで、こうかわされたけどやっぱり、、、。みたいに、よけいに、さくられていて
- I1 強く言えば言うほど。
- D あげくには、そういう人って、進行が早かったりして、やっぱりそうやったやんか！見たいな顔をして見られると つらい。 しゅんとした顔何も言わなくてもされているし、、、。
- I1 なんともいえない感情になるね。
- D ; だましてごめんね。 がんばって元気になろうね、とか言ってるしぐさが思いっきりうそでだましてるみたい。すごい上手に 演じているつもりなんだけど、気休めにもなっていないです。
- I1 つらい？
- D つらいですね。そう思うと 受身とかのかたもわかってらっしゃるし落ち込んでるときもあるし、がんばったり、でも又落ち込んで、夜中に涙されているときにも、鳴きやまはるまで、そばにいてあげよう。そういう事も出来たししてきたし。なおらへんかも、たすからへんのかも、っていわれたら、私たちは、先生は、そんな気持ちで、治療してるんじゃないよって、ここにきてるのは、そんなわけじゃないよ。弱気になったら負けてしまうからお願いやしそんなこと言わんといて。
- I1 本気で、むきあえる。
- D だから、回復すれば本当にうれしいし、再発や感染症とかで、なくなってしまうと本当に悲しい。病気が特殊なんで、告知しないとやっていけないところもある。一般的なこととは違う。
- I1 だまし続けていたことには、どんな気持ち？
- D 本当に、嘘ついてました。ごめんね。なくならした人に向かって ごめんね。本当は、〇〇 癌でしたなんていってるときがあります。どういう気持ちで、逝ってしまったのか、、、。肺がんとか苦しんで死んでいかれるし しんどそうな顔見るのもいやだし先生にお願いして、寝かしてもらったりとか、、、。本当に、嘘ついてしまいました。って思います。 逆に死ってはると よく頑張られたっていえるし。最後に、ようたたかったね、っていえるし、しらんと死んでいった人には、ごめん嘘ついてっていちばんにおもうし。
- I1 そうですね。
- D 病名を知らない人に対しての記録やったら 本当のことを書けなくなってしまう。
- I1 そうやね。
- D カルテ見せてくれっていわれて、見せて、ええ！って事になりますね。あらゆるところに 英語でにしても日本語でしろ病名は書いてあるし いまどき、情報社会だから、ちょっと患者さんが調べれば、癌なんて単語出てくるだろうしすぐにわかってしまう。

総合病院 師長：Eさん

- I 1 看護記録と情報開示について考えているのですが、看護記録を見せてほしいとか

今医療情報の開示ということが あると思うのですが その点で何かお気づきになっている点とか、ここが変わりつつあるなあとお考えの事とかありますか。

E 看護記録自体を見せてほしいという患者さんからの要望は未だないですね。記録を書いている姿を見て、何をそんなに書くことがあるの？って聞かれ、患者さんの事を書いているんだよっていうと、どんな事って聞かれたりすることはあります。ただ、今、看護計画を患者さんと一緒に立てて実行していくって取り組みをしてるので、そのあたりでは、提示をしていくようになりましたね。

I 1 どんな風に実際は進めていらっしゃるのですか。

E 普通の標準看護計画用紙 そこに最初 専門用語で書いていたのですが 患者さんと考えるときには 真っ白い紙に 長期目標と短期目標を書いて、後 私達が患者さんにしていただきたい事をわかりやすいことばで書いて、 再度患者さんに今は何が問題ですかと聞き、を書いて あとでそれを清書した形で患者さんに持って行って、サインをいただくという形になります。そしてじゃあ、何日後に見ていましょうというのを繰り返すのですが。

I 1 それはいつごろからですか？

E 1年くらい日です。

I 1 え～～1年。

E 初めて1年ぐらいたってやっと 受持ちの患者さんだいたい3人か4人ぐらいなんです が少なくとも一人は、そういった取り組みで、動き出してるという事です。

I 1 3～4人に少なくとも1人はそういった取り組みがなされてるのですね。

E 外科病棟にはパスが入っているので、そこは例外なのですが。

I 1 パスで動いている患者さんは除外で。パスで除外というかどうかという患者さんになるのですか？

E ターミナル前期、化学療法に入ってる患者さん 他科ですと神経内科とか リハビリをされている患者さん。

I 1 きれいにうごいていかない患者さんですね。

E だいたい初めの2週間は標準看護計画を使って 情報を集めていきましょうという事にとどめて、最初から初めから未だ家族や家での生活がわからないところで、いきなり問題は何ですかということはなく、とりあえず入ってきて、2週間以上たっている患者さんには積極的に、あと、話をよくして下さる患者さん こちらからの支援を積極的に求められている方 は1週間ではじめてみることもあります。

I 1 なるほど、じゃあ、基本的には、2週間以上たって、こんな事じゃないかなあとわかってきて こちらの目標もある程度できつつあるということ。

E だから、これから治療を続けていく中で、何が問題点なんだろう、又は、何かが見えてきた時は、こちらとしてもとっかかり易い。

I 1 最近よく患者さんと作る看護計画って言うのがあるのですよね。看護計画っていうのは、こちらが責任を持って立てていくものだけど、こちらが勧めてしまって、退院のときなんか、未だだ、とかもうだとかもたつきますよね。慢性疾患の患者さんなら、糖尿病とかで、何度も、入退院が続いてるかどうかとも一致しない、本当は今回入ってきて、どうなりたいのか、という患者さんの生の声を聞きながらってことで、よくわかるのですが、

外科でターミナル系の患者さんにあなたとともにと言っても、必ず治療も流れていって
るわけで、今日はこうだけど、明日はこうで、っていうのも多少あるけど でも、そう
いう人にあなた共について言うのはかなりむづかしいのはって話をしているのですが。
今お伺いした形っていうのは本当に納得出来ます。

E 私も記録部分に興味を持って看護診断も取り入れたりと、やっぱり手ごたえを感じるか
で、看護診断をして、看護計画を立てて、評価を受けるという事に対する無駄という
か ロスというか。結局患者さんに伝わってなくて、こっちの思いだけって言う感じで。
私なりに行き詰まりが会って、はじめててくださって言われたときにはかなり抵抗が
ありました。どう話しをしていこうかっていうときに、じゃあ患者さんに、看護計画っ
ていうのを紹介して、皆で楽にこんながあるので、やっていこうって、皆でお話しを
してやっていきますか。って事があるので、どうですか？っていうのを前日に話して
おいて ご家族がこられたら 私の勤務時間はこの時間なので ~時ぐらいからはじめ
ましょうってことを言って。すると一緒にやっていくと意外にも楽しくて、顔に表れて、
看護計画はやってくるから、あとはやっておいてねっていうぐらい 重要視できたんで
す。

I 1 つまりそれは本質的に プラニングしていく上で、看護計画を立てる立てないに関わら
ず 一番本質的に大切な事だと思います。それをうまく乗っけていってのはるのですね

E 話している事で、話のなかで、目標点っていうのが見えていってるのです。もと も
とはなしはもう先生からも、リハビリの方からも、じゃあ 10 日後には帰ろうねと書き
いていらっしゃるのですが、確認できるっていうのが計画書なんです。それは、って
話してくださる方もいるので、お互いの確認の為です。

I 1 確認できるのですね。記録用紙というものが共通の媒体となって。目標とか、計画って
言うことを持ってくると、やっぱりお互い 作っていこうよって事になれるわけですね。

E そうです。結局こうやっていこうとか、これをやってくれたから、効くようになったと
か、これをしてくれたから、これが出来るようになったとか、一つ一つチェックが出来
て、納得できた。

I 4 そういうことって、雑誌とかに書かれた報告とかありますか？

I 1 私のイメージとしては、渡すって感じなんです。

E それは、同意の名まえをもらいにいくってことじゃないですか、なので、私は一切もう
必要ないと思っていたので、看護診断にとらわれず わかりやすい言葉で看護婦って計
画のオールプランで1~20 までとか ズラ〜〜って書くじゃないですか。私はそれは
意味がないって言ったので、今やるべき事、ここ3日間でやるべき事でとか、ここだけ
注目して、とか。一般にやるべきことを全部書くじゃなくて、わかりやすい言葉で、
今必要な事を 一切言葉にもとらわれずにつてことを出したんです。 でも未だ院内で
も、渡していたりとか、不安の中で立てているので、同意をもらったとかっていうのも
残ってるのですが。

I 1 作り出さないと意味がないですよ。

E そこが喜びでありやりがいじゃないですか。

I 1 いいですね。

E そうですね。

- I 1 自分たちのものを持っていったるのですか？
- E もっていったりあえずやろうとしてるのは 最初は鉛筆で、「清書したものを持ってきます」って言って、清書したものをコピーして、受け取りのもの入れに入れておくのです。
- I 1 その段階での言葉は？
- E わかりやすい言葉です。
- I 1 いいですね。それでどうですか？
- E 患者さんを評価するときに、その紙に書かれていることがあったりとか、具体的に目標とがマッチして 取り込められてる計画は評価もしやすいんでしょうがまだまだ漠然と行こう行こうとしている場合は、評価もうわっつらというか、しにくい。本当にこれ看護した結果なの？ってところが出てきます。
- I 1 へえ。それでまた評価していくのが楽しいでしょう？
- E 次に結びつきます。
- I 1 評価をするときも、患者さんと一緒に評価をする？
- E そう一緒にです。その患者さんのところにあるものでどうでしたかって
- I 1 そうですね。患者さんのところにいつも置いてるのですよね。じゃあ、3日後、1週間後ならこれはどうか？これでいいかという事で。
- E これでいけるとか。
- I 1 それは患者さんの行動化したもの、プラン 患者さんががんばっていく事 出来ない場合はナースがサポートしていく一緒になって患者さんのやる事こっちが支援する事が一緒になっていきますよね。その時 評価するのは患者さん あなたはどうだったかってことですか？それともお互いに立てたこのゴールはどうだろうっていう。
- E 思うには、今ゴールに向かってやってうことはそんなに複雑化していないと思うのです、だから、このゴールに向かって私がやってきた事はどう、支援してきた事で、こっちはもっと正位置に持っていけることがあるのじゃないかとこっちが思ったら、ここには看護婦がすることで、例えば車椅子を使えば少し気分転換できる。もう少し動けるよという事で持っていくと お互いの目標として、患者さんから もっとしてほしい事とか手伝ってくれなくても出来る事とか。もう要領がわかってきたから自分で出来るからというやり取りが。
- I 1 こちらへの希望とかも直接的にはいってくるのですね。
- E こういうことをしたから、こうだっていう直接的な評価で、今まで見たいな言葉を並べていると ただ漠然としていて データ値が出るものばかりじゃないので、 患者さんがこうしてほしいと言ってくれることには何の間違いもないので それをやっていく事が一番いいことで、評価していける。
- I 1 こうしてほしいっていうのが具体的に出てくるのは本当にありがたいですね。
- E それが満足につながっていくので良かったと思えるのです。
- I 1 こっちの思いもつながってますしね。、これをやってよかったって実感がありますか？
- E そうですね。私は立場的に直接は出来ないの、彼女達がやってきている記録の評価を見たりとか、患者さんのコメントがこうだったとかしか聞いたりしないし、それでもやっぱり担当の〇〇さんがこんなん持ってきてくれてやれてよかった、とかを直接的に聞

いて来るとやっぱりこれでよかったんだと思います。

I 1 データまとめて、研究するといいのに。

E うちの病棟で落ち合ってきて、今記録委員やってきて、いろんなところで、いろんな方法で、記録を看護婦がやってきて 上から 彼女たちもやりたい、患者さんたちも求めといるって声がもう少し聞こえてくるくらいしておかないと、うちではやってるほかは、、、とほっとけないので、一人でもやっていけることを患者さんにやっていけたら。

I 1 焦点は事例の展開と、良かったところ、もう少しこうしていきたいと思う工夫点それから満足度 満足感なんかをデータ化しておくといいんじゃないでしょうか。

E やってる彼女たちの顔が満足しているというのがありありと解るので標準計画を立てて、、、というのは時間のロスやったなあ 無駄ではないけど、違った仕事量やったなあと感じます。

I 1 そうすると 最初初期計画は立てているのですか？

E 標準計画というのがあって、今は取り出し出来るシステムに持っていったのですが診断をして、計画を立ててというのは看護婦の中でとても記録物に対する時間のなさみたいなものがつねに感じていて自分がやってるときに今看護診断して看護計画して、、、みたいな、この標準計画自分たちで作って変えていったるのです。外科病棟ならそれを立てて、コンピューターに入れて 看護計画をすぐに取り出せるようにして、まず初めの3日間標準計画で抑えて置ければ そんなにへんな事はしていない、それが標準であって、もう一度、といわれたときにそう情報が集められていないのが、そこで、たくさんコミュニケーションをとって、3 日間で丸々日勤になる子と丸まる夜勤ばかりに子とかがいるので、なかなかあえないので、、、

I 1 理想的ですね。最初に初期計画を立てようとするとう無理がありかつほとんどスタンダードで、ちょっとしたデーターで集めてきてる事になってしまって、その後今度は 変更ないままにいつてしまって私たちはこっち かんじゃさんはあっち、、あらってことですよね。 理想的ですよね。 では、電子カルテ、看護診断ということがドッキングして強く推し進められようとしてる厚生省の動きもあるのですが 看護診断のネーミングにある程度、共通点が出来たという事と それに対する介入というのがセットであるというのは、自分達が自由にしていたときよりいい事ですか？やり易い形ですか？

E 標準 看護診断というネーミングがつくのはいい事です。わけのわからない言葉ばかりを並べた計画を立ててるより ネーミングがあることで焦点がさだまってきたるし、また見やすくなってるし それはやる方も教育する方も非常にやりやすいです。

I 1 あれでだいたいみれますか？

E みれます。ある程度は。心があるものなので、後半に関してはいろいろ出てくるけど、まず初めにぱっと見て とりあえずここっていうのがすぐにわかります。

I 1 どこが見られているかって言うのはいい表現ですね。どうしたらいいのかっていうのがみやすいですものね。やっぱりここではそういうことをよく勉強されましたか？概念の勉強とか

E 看護診断ということでは、ほとんどしてないですね。

I 1 概念がわかってないとなかなか、、、

E そこで、やっぱりね、戸惑うことは、看護学生が看護診断を使ってやってるのをみて、

今も子達は何にも抵抗なくいけてる、学習していない知らない時代の看護婦、私もそうなんですけど、そういう人と話をするときが一番困るのです。

中略

- I 1 そうですかね。では、電子カルテ化って言うのは どうお考えですか？いまはここは？
E オーダリングだけになっているので、私も目にしてやってという事がないので、興味のな
い分野になっています。これから電子カルテは必要だと思うのですが。うちは（??）
するのでしょうか、い電子カルテになっていく事のメリットが私の中では未だ見出せて
なくて、今やったところで、どこでどのように表現できるのか、この計画用紙がなくな
るんやろうか、、、みたいな、ちょっとイメージが
- I 1 今お聞きしていて白い紙を持って行っていっしょに作り出していく、修正可能なものそ
のプロセスがとってもいいなあと。
- E 字や絵に看護婦の人間らしさというか 愛情というか、その人の字とかそういうところで
安らかさというか、、、
- I 1 将来は全部スキャナーで取り込んでなんてなるとね。
- E 文字も出来るだけそういった面でなくしてしまうのが惜しいなあとと思います。年代が50
代ぐらいまでの電子を知ってらっしゃる方ならいいけど やっぱり てまひまかけてや
って行って、電子化では出来ないものとかがある以上は もっと、今の子供たちみたいに
コンピューターで育ってたら当たり前なんです。
- I 1 今まで、看護診断なんかを一生懸命模索されてきていて、やっとフィットするものを見
出しつつあるって感じですよ。
- E 業務の調査とかをしても 看護婦の仕事って莫大に多いのです。自分が仕事してたとき
もそこに行き詰った事もあって、一番改善できるのはその部分だったのです。記録を
いかに短縮できるか、いかに無駄をして時間がないってことになってないか、というこ
とで、何か出来ないか。後、看護の統一 計画がしっかりしていて、皆楽しく出来る
という意味での看護記録の必要性。
- I 1 患者さんと共有できるも ナースも本当に具体的なところで統一でき、短縮できる、一
石三鳥ぐらいですね。
- E それは診断を使ってないからだとか、別に看護診断を上げてっていうのをやっていく事
何か計画を立てて 解りやすい言葉っていつてるけど、その裏にはちゃんとした看護診
断があって アセスメントはしっかりしてっていうのはやっておかないと、というので、
解りやすい言葉それ一個になってるんですよ。それに関しては 本当にいいのか。ア
セスメントについても、患者さんに言われたこと全部をアセスメントする能力は、持っ
てくるものがなかったり 要望されてる事をいろいろやって何の効果があるかという実
証が出来てとか、未だ、臨床からアセスメントを一個づつやっていた時に、じゃあ看護
診断ってつかえると、矛盾はあるのですが。でもやりがい時間の短縮を思うと、わか
りやすい言葉でいいんじゃないって事になっていくのですけど、
- I 1 診断名は直接使わないのですね。それに近いなとおもってもそれに近い言葉を使うので
すね。
- E 診断だといろんなパターンに置かされてる時があり、5 つあがったとしても、あんまり
変わりのないことじゃないですか？患者さんに5 つとも渡しても、意味がなくて、患

者さんにとっては1つでいいのです。問題は、、、これが良くなればこれも良くなるし、、、

I 1 一つにつながっていったるのだからね。

E アセスメントしようとしても、紐解いていこうと思った時は、ある程度のネーミングがある以上は、一個が出来ても あと全部は、、、

I 1 そうそう。本当は、これをやろうと思ったら、一日の中で、いろんなかわりを持ってやっていったるし、これをやれば、こっちのにも関わってってなってますものね。

E 結局評価するときも、力入れてるもので、あとは参照みたいになっている。少し前はそういうところが一杯あって、勿論今もなんですけど。でも、計画立てていった時は、いろんなことが一緒にいるのですけど、やってる事とこっちの思いもそう変わらないのですけど、しっかりと人間らしいその人にあった評価、やった実績が書けるというか～～。

I 1 患者さんも変化する。期待される結果に、お互いに。面白いね。

E 痛みのコントロール ターミナル前の薬をいつ使うとか、薬の時間とか、先生に効く事とか、ここ気になるけどどうしよう？なんていうのが 入り易い。一つ近寄れる。

I 1 じゃあ今、看護診断ってあなたにとって何？

E 一番 最初にその人にとってどこが一番問題としようか、って見ていくには。

I 1 フォーカスが当てやすい？

E はい。そしてめれなくみられる。これはよし、これはよし、ここか、あれかどっちかでも今人間生きる力にはこっちか みたいにみていくにはいいと思う。

I 1 なるほど。じゃあ、登竜門というか、全体が見られる入り口。

E そうですね。だから、看護婦として、アセスメントして問題を掲げていく過程に 確かにやっていく、やらなければってこと。臨床でここまで、ばたばた忙しいのに、看護婦が時間をとられる必要性は、頭のなかでやっておけばいいっておもってほしい。

I 1 電子カルテの場合 先ずデータをうちます、データベースがあるから書きますよね。それで、診断ネーミングまでは、ナースの頭の中の、統合分析なのです。それで、診断名を選びます。私が思うのは、ものすごく大変な患者さんなので、9も10もばらばらにやっていると出てくるのです。これ一つに介入プランを電子カルテでクリックしていきますよね。特にこの人だけって思っている、何か選びますよね。見た目は、だから何かかれてでてる。

本当にこの人の？なんて、ナースが実感が持てない苦しさがあるし、おまけに評価となったら、できた！できない！これまたクリックだけしていく。で、プランを立てたらそれは日々のワークシート、今日は何をするってところに全部反映されるのです。例えば 月火水ってチェックしてたら、やる事はここから選ぶとバア～～と出てくる、で、選ぶとやらないといけないし 出来ないのも無理がある。患者さんとかかわってるけど、見えない力で 今日やる事が示されてるような感じ、かつ 実感はあるんだけど、その評価はクリック一つ、そういう風なところも電子カルテ化にはあるのです。そこにジレンマ感じてらっしゃる部分も多いみたいなんですけど。なんとなく、そんな感じって思われますか？

E 形式で 月、水、金とかって決めて、私が入ったところは、使うっていうのがあったのですが 今は 外科病棟ではその人その時々で、いたみも違えばその家族が来る時間

も違う。今 私が皆にしてほしいと思っているのは、そんなときに

「おはようございます。今日は 私が担当させてもらいます。」ということで、今日の正式プランを話し合ってきてほしいのです。

I1: そうです。そうです。

E: それをしなかったら、今日はおふろの日だからおふろってゆうのではないだろうって思うんです。それが出来なければ意味がない。

I1: そのとおりです。そういう実践ってすごいじゃないですか？

E: でもね、私なんかはまだ時間にゆとりがありますが、外科病棟ってほんとうに、がへっと過ぎていくので その中で何かやりがいを見つけていかないと、体が流されていくばかりになるんです。外科で先生の回診について言っとけば解る。みたいな。1 日目 2 日目 手をかけてあげたいときもちがうし 家族が来てる時にしたいこともあるし 一緒にやってあげたいこともあるし こっちの都合だけでは... 業務上すべてとはいわないけど、それがが必要です。実際は患者さんがお風呂入りたいといった時間に他の人が使ってることもあるし でも朝にそれを調整さえしておけば 次の日に自分がいなくても 明日の予定さえ話し合っておけば 明日何時ごろに家族が来るので、家族と一緒に 00 をする。渡河みたいに計画を確認しておけるじゃないですか。それに意味があるのであって、週三回とか決められてもそれには価値があんまりない。

I1: ないです。 でも まだまだ そういう風になってない中で、この病院も全部じゃないですよ。

E: 記録はなんでも全部書いたり、決め事を守っていつてるための計画であったりとか。そういうことではない、看護記録の重要性をつかっていきたのです。 メモとかじゃなく、処置は... とかはじゅうようじゃなくて 看護として話し合った結果とか反応とかが..... 後でカルテを見せてもらおうと あんな大事なことを話してたのにカルテにのってないじゃない？みたいなこともあって。

I1: じゃあ、看護記録とは 看護が見える患者の意見 患者さんとの話 反応 決め事 どうやってそう考えたか

E: だから POS やフローシートで動いたことをチェックするのは本当に立派なんですけれども 看護の記録は 検査データや検査結果がかいてあってっていうのはにはしたくないし、それに時間を取りたくないし、そう言う位置付けでうごいてる看護婦が未だいるというのが 心配です。

I1: もともとそういう考えですか？

E: やっていた時は 間違えていました。 アセスメントなしで OK みたいな。自分お仕事として 書いてもそれでは伝わらないし 意味がない。それなら頭を洗ってあげる時間に使いたい。それでやりたくない。から、第一考えたんですね。 3 年目ぐらいからですね。 ずっとここじゃなかったんですけどね。看護の見えないところに配属されたときなんか、看護診断って何って考えたりとか。 患者さんを元気にさせるには先ずどうするのか、みたいな細かいことを。

I1: 理想です。

カルテ開示についてはどうですか？

E: そういう意味でも もっと教育のされてる看護婦が増えないと いいものをつたえら

れない。みていると 表現が見下していたり、話の中だと大丈夫でも書いてしまうと何の確認もなく文になるので、その点教育がいります。

I1 未だ見せるには問題がある。

E だから 話し合ったことに対しての計画の共有というところでは始めてます。

I1 評価は？

E 出来るだけぐちゃぐちゃにならないように 構成しています。

I1 カルテは誰のものかっていう議論がありますがどう思われますか？

E 患者の立場から言えば 私のものでは有りません。医療者側の医療しているもののファイルという認識です。検査データ 検査結果 所見 煮対しては ドクターからインフォームドコンセントとして治療を選択するために 知るべきものであると思います。教育もまだできてないのに。

I1 教育も出来ていないのに 実際開示なんていわれても こまる。実際誰が困る？

E 見せられた方も困ると思います。訴訟なんかが起こるからって始まったことじゃないですか？ だから、訴訟の根本的な原因とかって話が出来ていないからじゃないですか。そこでどうかなって思います。

I1 そうですね、 そっちに引っ張られている開示になってきています。

E かくした隠さないって話になれば見せるべきです。どうぞいつでもみてくださ
いって言う感じの教育は出来ていません。

I1 カルテが患者さんのベッドサイドにかかっているっていう病院もあるんですよね、

E コピーし結局裏カルテみたいなのが出来てきたりとか、、、。 それなら出さなければいいと思います。

3 章 電子カルテ導入を行った病院看護師のジレンマ

近年、医療情報の電子カルテ化が進んでいる。厚生労働省はその推進のため助成を行い、いっそうの促進をはかっている。平成 14 年、100 床前後の町立病院において設置者の考えで、急速電子カルテが投入され、少なからずも困惑した看護師からその対応について相談を受けた。

その混乱は、電子カルテ上の共通言語化をはかるために導入される「看護診断」についての理解とその方法、コンピュータ処理が大きな要因であった。とりわけ、これまで紙ベースで自由な表現を用いて記載してきた看護記録を看護診断共通用語に変えていく過程に対して混乱が生じた。

「まるで、今まで着ていたオーダーメイドの洋服をバーバリーの既製服に変えるようで、居心地が悪く、自分たちの看護が行えない気がする」と語られる。現場に出向き、数回看護診断の学習会を開いた後、看護師長からの相談を受けた内容を抜粋する。(A,B,C は師長、I1 は研究者を示している)

電子カルテ化の導入において、よく語られる言説として「アセスメントをしなくなった」「誰の看護計画も同じ」がある。言葉は思考の道具であり、これまで、創ってきた日本の看護文化を電子カルテ化によってどのように継承し、発展させていくのか現場の取り組みが試されている。

A 電子カルテに ちょっと疑問を感じてるんです。 みんなの中に 紙ベースにもどして きちっとした看護診断が根づくまでは、紙ベースに看護計画は立てるべきなんじゃないかなと思うのです。看護診断を入れて半年ぐらいして すぐに 電子カルテが入ってきましたのでね、せっかく 評価のところに根が 伸びたところに、電子カルテにかわってしまったので せっかく根がのびかけたのに、また シュンとなってしまうと、そこから看護診断を勉強する能力が 電子カルテによって下がってしまった。レベルが下がってしまっている。

I1: 自分の頭を使わなくても、答えがそこにあるから それを適当にこっちに移すってことですね。

B: でも、診断をつくるというという点で、 看護計画も何もかも入力しなければいけないことで スタッフはみんな身構えていますから そのマスター用のは、見せていただいていますので、それを迷わないで入力できる方法っていうのを 受け止めてしまったのです。コンピューターって聞くだけで 頭の痛い人もいますから そんなことないよ、あなたの入れたいところをクイックしたら進んでいくのよって、逆にそれ以前に、コンピューターを誰にでも使いやすいように組み立ててしまった。そうしたら今度は、答えを出してしまって、そこから選ぶ形になって、やっぱり思考能力がダウン、現にスタッフたちも言ってるのが” 私たち最近参考書見なくなっちゃったね。”と。ですから 代表が今言いましたように、一度看護計画 看護過程に一部だけでも戻したほうがいいのか、私の立場からですと、例えばちょっと気になる方がいれば 紙ベースですとそこを開いて これでは、アセスメントが出来てないからこれでは評価できないとかわかるんですけど、一人ずつきちっと出して、まず記録計画を POS でも記入させていますけど、それも見て フローシートも見て、どんな看護計画を立ててるのかな、..、まず看護計画を立てて、それが両画面では、見られないので、一つ見たら、だしておいて、また違う画面を見ないといけない。私も、もうこんな状況だったら、開いて、よく見ておかないと、みんなが今どんな現状になっているのか婦長として立場上わかっておきたいのに、どうして時間を割いたらいいのか、..、前ならカルテをぱっと引き抜いたらわかるので 一日に何名か気になる人はチェックできたのに、 今

は、ひとり見るのにも時間がかかるのと 開いたら、 一行で評価が終わっていて、全然後が無かったり 患者さんと本人は、もっと進んでいるのに、計画はずいぶん躊躇してそこで とどこまっている そういうのを早く発見できないジレンマ
婦長としてどうしたらもっと早くに指摘してあがられるのか。

I1: 申し送りはどうしてなさってるのですか？

B: ふつうにです。

I1: 紙ベースのカルテは無いんですよね。

B: ファイルは あるんです。ただ、紙ベースでは渡していませんので、未だ、完全に電子カルテにはなっていませんので、医師の記録は全部手書きになってます。 医師の点滴は、入力しますが 手書きで残っているんです。

I1: 医師は、手書きなんですね。

B: はい、手書きです。

A: 外来に関しては、全部電子カルテが入っているんです。ただ、病棟に関しては、入院された時点でも、オーダーが、点滴ひとつにしてもとても複雑で 其のシステムの、しっかりしたものがなかなか出来ないんです。それで、危険だということで、あえて、電子カルテは使われていないのです。

B: 例えば手術をされたときには術後記録っていうのを 重症記録っていうのを作って、そこに記録をさせておきますので そうするとその重症記録に反省させるには、きちっとしたデータを入れておかないといけない。 何を観察して そうすると 手術がサンであったり入院がサンであったり 重なったりするとそれを入れてるだけで手一杯。でも、それを入れておかないと、例えば日勤であったら、準夜の方が すぐ仕事にはいれない。そういったことに手一杯になってしまうと 後回しにされることが その計画になってしまっている、現状では、、、 導入した直後には これは、少し待たなければならないって言う感じを持ちましたけれど、もう何ヶ月かたっていますしその時差をどうしたらいいのか、ただ、入院も、手術も無い場合は、比較的に落ち着いていますので、みんなの肩をたたいて、進んでいるか聞けるのですが、そういうのが重なった場合は、それだけで必死って言うのもありますし、また重なると、影響してくるし、じゃあ後回しになるのは何かっていうと、、、

I1: そうですね。

B: ただそれを、そうやって見ているわけにはいかないので、次のステップに切り替えて、そうこれへんをどう解決するかってことを指摘していかなければいけないし。 すこしひっかっかっているんですが、現状を見ているとなかなかそれをいいにくい場面もある。自分が、開いて気がついた時には、この方も手術も済んで、この域に達してるのに、こんなのですよって風に促すか、全体的にそんなに細かく見ないで その計画と状況を何項目ぐらい出来ているのか、一行で終わってるのか、三回も四回も評価されてるか 内容は、見なくても、“あなた一行しか書いていないけど、患者さんは、こんなにステップふんでおられる。” そこの判断で、朝申し送りが始まる前に、非常に評価が少ないとか、アセスメントがされていない、POS の計画記録が ほとんど、O と S とだけで、アセスメントされていない。これなら計画が進展していかないのも当然だという事、考えてみると 本当にアセスメントが少なくなっているんです。その時の場面に追われてしまっているって感もあるんですけど。手書きの時は、もう少し余裕をもってしていたように思われるのですが。内容は、足りなくとも努力の後は見られていた。それが私の今の思いなんです

けど。

A: 手書きですと本当にその人の持っている能力 個別性も出ていましたしねえ。いつも一生懸命立てている人の内容は、やっぱり向上していました。

I1; それで、電子カルテだったら、誰でもおなじなんですよ。

A; そうなの。だから、画面で見る限りではその患者さんが浮かんでこないんです。第三者が見ていても、もし、病棟の師長さんでしたら、その場でどんな患者さんですって接しておられるのでわかるのですが、でも、我々みたいに 他部門に居りますと、

I1; それは、標準看護計画やから ああ、大変な人がいるんだって見えてきますよね。ましてや直々 術前術後 どれぐらい悪性か、..、それぐらいのちょっとした違いはあるにしろ殆ど一緒なんですよ。其れがあるから、見えちゃうから、余計に同じようになってしまいうんですよ。

A; そうですね。

B; ただ、そうかといって、一生懸命マスターを入れてくれるときに、みんなのやり易いようにと支援してくれていたことにも、評価をしていかないと 私たち長い月日をかけて。というのがありますよね。どう答えていくか、その使い方ですよ。何も考えずに使うのではなくて、そこに何かを加えて使っていったら良いのではないか。例えば、画面には、そのように、入力しておき、でも、定期的に、その患者さんの事を、じかに討論して作りあげてみると、こんなにも 違ってくるものなのかっていうのを、..。

I1; そうですね。

B; 今のままで行ってしまうと 怠惰な計画になって 思考能力が衰えてしまうかもしれない。今时期的にも、年が明けて 少し業務が乱雑になってるのと 制限が著明になってきたのとで、スタッフもその導入時期に比べると余裕の無い状況なんですけど。

I1; 慣れるのが大変だったじゃないですか。其れを今越えてそれでも、未だ大変ですか？

B; 今ちょうど、人数制限と、私の病棟でしたら、外科系で、大きな手術はもう無いのですが、整形の骨折とか あんまり、整形と外科がダブルことはないのですが、緊急ですと 二つぐらいの手間のかかる手術を組み合わせるといふ事がありますので、そうすると5時6時ごろ。ちょうど準夜帯になったところに帰ってこられる 病棟の調整もあり もし片方が空いていると

そちらに、入院をとらなければいけない状態になると 今までですと、入院をとっても、カルテ室で、カルテをバツと書いたら 次の申し送りもそんなに手間がかからなかったのに きちんとワークシートに入力しておかないといけなくて、そこに時間が取られて、今日入った人には、どんな観察をしていかないといけない。いつ手術を入れる予定 どんな検査があるのか。其れを、入院された時点で、キャッチして全部ワークシートに出せるように入れておく、その後、データも入れないとはいけません。今は一応アンケートって形で 患者さんに簡単な質問要綱という事でお渡ししていて、後で、入れることも出来ますけれど、ものによっては、反映連動しないので、入力しておかないと次のページが真っ白になっているってこともあります。基本的に自分が入院をもらった時点で入れておかないと、次の人が困る、..、ということから。きっちと問題を出して整理をしていくというのが今の段階にあるのかなと思っています。ただ、忙しいって言うてのはなくて、其れはどうゆう問題で、どう処理をしていけばスムーズに上手くいくのか。

I1; そうですね。

B; 私も、直接聞いてはおりませんけど、〇では、オーダーリングが始まって電子化を進めていらっしゃる場所ではありますが 看護計画は、マスターは入力をいれていらっしゃるけど、入力

は未だ開始せずストップをかけていると聞いています。

A；○あたりは、ここと違って、もっと若手の看護師が多いの “今看護診断をして、伸びてもらおうと思うと、今これを使うと、今は一切使用しておりません。” ってことだったんですがその時は、何気なく聞いて帰ってきたけど、今、あっ！使用してない理由はなるほどそうなんだ。人間の脳は、手で書いて、発展していくんだ。

I1；電子化の手前のところで、脳の開発が十分に出来上がっていたら これまでの看護と、翻訳のところで、出来上がっていたら、それは問題が無い。

B；消化どころか未だ、...。

I1；ただね、標準看護計画と今までの看護計画 そういう意味では、今まで、標準的な計画で、立ててこられたんではないですか？これまで、紙ベースでは。

A；これまで、白内障に関しては、もう殆どパス形式で立てておりましたのと、高齢の患者さんで、肺炎とかの患者さんに対しては、標準看護計画が多かったです。○病棟では、わりと看護診断で立てているケースが、外科系の。場合、...。

I1；今はどうですか？ 途中までの看護診断と、標準看護計画が一緒に入ってるんですよ。

B；そうです。標準看護計画ばかりを開いて使ってる状況です。機械が入るまでは、まかりなりにも、看護診断は記録委員が診断で何らかの看護診断を模索していると言われてきましたし、すこしでも診断ラベルが使えないか、一生懸命だして、記録委員に診断ラベルが使えるか聞いたりなんかまして、診断ラベルが使えるっていうのは、限られているって思うんです。こういったケースは使えるけど、こういったケースは入院には使えないとか、...。上手く使えないにしても、意識をすごく持っていたのです。記録委員から これは、当てはまらないから、ラベルはちょっと無理なんだけど むしろ、違うこっちのラベルならこの人の条件に当てはまってるんじゃない？で、ラベルが、...。

I1；なるほど。

B；昨年、一昨年は記録委員が記録について、力を入れておりましたので、自分がチームの計画ってゆうのをかなり見てこられたんです。で、あなたの考えはこうだけど、実際に患者さんを診てみるとこうじゃないの？あなたの考えは？ 項目を使って時間を掛けて、相手を納得させてました。評価も年に3回は少なくとも、主任を軸にしていました。多方面から評価してきました。評価をしてみて、評価するほうも 勉強不足であると悟りました。今年は、評価というか、記録に対して出来ていない事には気を使っていますが 入力ってことに半年以上費やしてしまったので、監査が出来ていない。監査で、これまで かなりしんどい事もしてきたのですが。

I1；これからどうして行くかって事ですよね。

B；私としては、マスターを一生懸命入れてくれたので、そこも評価していかないといけないしでも、もう少し紙ベースに戻したほうが意欲にもつながるのかなっていうのがあるんです。スタッフの会議のときに、看護計画がこういった状況なので、紙ベースにもどすかもしれないという意見はしましたけど、そう決まるという意見にはならなかったんですが。

I1；それは出来るんですか？

B；紙ベースにですか？それは不可能ではないと思うんですけど、経過なんですけど 最初は、看護支援のものが看護師の看護計画は、とって時間がかかるもの すぐに電子カルテ化入力したくないと、看護支援のものが ゴウサインを出してから と聞いていて、それを受け止めていたんです。ところが この指導をする業者さんの契約が10月で切れてしまっていて、看護支援

は打ち切りで、このスケジュールで、マスターしてくれと言われて、それにのって、操作の仕方だけ覚えておいてと言うやり方を取らないで、後はという風にしないで、全部看護支援の事はせざるをえないと解釈してしまったので、その時点で、全部のってしまった形になってしまったのです。業者さんも打ち切りといわれたので、今覚えておかないと この先出来ない。

I1; 覚える期間としてうまく置いておいて、併用していけるといいですね。

B; そうです。

I1; スタンダードプランとして、それからこの人には、これという形で、うまく打ち出してそして、カルテにはさんで、その方特有の看護診断をそこに併用していくということも可能ですよね。

B; そう私もおもいます。それが、..。

I1; 看護診断が途中で止まっていたよな。途中で50個か何かしら、...」

B; 全部入れてませんし 全部入れる事無かったみたいなんです。診断はいくついいれるか考えていて様です。

I1; もし、今入ってる診断で、かなりの事がいけて、またもっと足りないっていう事であれば 手書きでもできる そういうことを併用してやっていけるんでしょうか？

B; それは、やろうという心気があれば 出来るんじゃないですかね。入力したものにプラス手書きでってことで、ラベルとか、看護診断の数も限られている。

A; 私はひとりの看護師が平均30人から40人受け持ちをもって電子カルテの画面にちゃんと入れておかないといけなないので、入れておいて、そして自分で意識して、一例でも、覚えておかないといけな事を、手書きベースで二重に書かなければ今いけないので、忙しいのになって声は、聞こえてきそうなんです。でも、あえて、自分が勉強を進めていく上で、手書きで、一例ね。

I1; じぶんのうけもった患者さんで、一例だけそれを作ってみて、っていうのは 今やってる事、やりたい事のギャップも見えてくるし 今やってる事をどうやっていけばいいのかって事にもなるので、それはとてもいい事かもしれませんね。

A; それから、もうひとつ私の中で思っているのは、固定チームで、今度の4月で、三年目になるのですが平成14年度は、電子カルテで大変でしたので、固定チームが本当にからのまま過ぎたという感じで、15年度にはかなり活発に委員会も開きましたし、詰め所会議とか チーム会も活発に持って、意識付けをしていったんですが、それも電子カルテで途絶えてしまったのが残念です。やっぱり最初に 患者さんに受け持ちナースとして、示したときに”私があなただけの受け持ちナースですよ” っていう自己紹介、それがないと 自覚も生まれないし きちんと自己紹介してくださいねという事を、去年の固定チーム委員会でも何度か言って、リーダーもOKしてくれて、病棟に帰るんですが その事を現場で言っても、その患者さんに責任をもてない、ゆった限りは責任を持ちたい。責任が持てないので、とても自己紹介が出来なかった。という反省が返ってるです。だから、やっぱり忙しいのも解る、人数が少ないのも解る でも、それだけではないので、先生がさっき言われた意識付けというのは、人間の中で、とても大事です。そこを 皆にもっとぐっと持ち出して、この4月からは、自分を名乗る事から そして、たとえ、一例でもいいので、その患者さんの到達目標を 常に自分の中で意識して、手書きで立ててほしいな！と、..。

I1; 今年の目標として、一人いペース年間目標として立てて、TRY 看護計画は仮説なんだからやってみないと解らない、でもやってみながら修正していくわけですので、そういう事例、こう診断、計画をたてて、こうしてみるとこうでした。それを取り組んでいくんだ。そして、必ず紙

ベースに残すんだ。まずカルテ、後で、紙ベース それを使って ひとつにまとまりある形で、出すんだ。.....、ここは看護研究されてますか？

B；やっています。

I；看護は事例なので、また看護診断も勉強のプロセスなので、それをやっていこうと打ち出されるのもひとつですね。

B；そうですね。そうすると 課題が出来て、しかも流れに歯止めが。

I1；もし 手上げであれば半年に1ケース 各病棟一人か二人でもいいけど、終わったのでもいいし、途中のでもいいので、事例検討 木曜日の時間に、事例を検討して見て、もう一度確認するような 全体面のとらえ方とか、診断がこれでフィットしてしているだろうか、何でもないので 2時間ぐらいでやれるペースでやってみるとか。そこのやってる事を、その力を確認されれば 相手がなにであろうと進めていけますよね。そこがどうしても中途半端な中で、ぱっと一緒に難しい一場面 一場面しか見えないようでは 見えにくい状態での電子カルテ化は難しい。B；そうです。

I1；とってもいいプランだと思います。よくお考えになって。

B；うちの病棟は、まがりなりにも 月に1回 チーム委員会をしていますので、大きいところにいきなり出さないで、そのチーム委員会にでも ひとつテーマを作って、問題提起もチーム会で、そのひとつに看護計画を置いておいて、ずっと継続して引っ張っているのも、そして、一年の終わりに各チームでひとつずつ 全く知らないわけではないので、チームが違っていても、こんな人がいた。相手チームで、その方が今末期がんで、すごくスタッフも苦しんでいるという雰囲気は、伝わりますので、それを相手チームがどう展開していったかを知るのは、固定チームをいう形式的なことにも利用 相手チームも知れるということにつながる 今、ふっと思ったんですが それを固定チームに入れて展開できればいいなって思いました。

I1；それがきつと三ヵ月進んだごとに何か一步成果が見えるか 一步掘ったことが見えるような展開にされるほうがいいですね。一年に一回しか成果が見られないのではなく、何ヶ月かに一回 ちょっとずつ 進めていくほうがいいかもしれませんね。大事な事ですね。私は、この〇病院が抵抗が強い、違和感があるっていうのは、ある意味大事な事だと思います。若い世代で看護をする人たちが多かった時は バーチャル的なことになじみすぎているので その事にあまり違和感を感じないで、ずっとそうしなければいけないってことで、入っていつてしまうのです。ちょっと器用に、人と違う言葉を持ってきて、違いを見せかける事も可能ですよね。でも、ある程度年齢のいったチーフが多いですから、これまでやってきた看護や実感がここに表れてないんじゃないか。うまく表現できてないじゃないかとか、この人もこの人も..、そんなわけが無い。やってる事が上手く表現できていない。最近学びつつあった事も どこかに置いてきてるんじゃないか..とか..。そういうことを 懸念できる力があるってお考えになったほうがいいんじゃないかなって気がします。

B；そうですね。

I1；やっぱり事例が勝負だしこの看護診断がどう立ってるかというよりは、この患者さんにとって、良いケアが出来る診断が導かれていて、それで勝負すれば この診断でよかったのか？ もっと別の診断でいった方がこの患者さんにフィットしてたのではないかな？そういう吟味が出来るようになるって事が大事、日本の全体に看護会にとっても大事です。思います。ですから、とっても大事なことを問題にしてらっしゃるのように思います。それをスタッフがそう受け止めて、

今進んできた事がバックではなく さらにより良いものにしていくためのこの時期を こうゆうふうにしていきたくて意図される事が、どの委員さんもどのメンバーも大事ですよ。

B;そうですね。しっかりと看護師長の思いを統一して きちんと反映、受け止めてもらう様に、努力をしないとですよ。

I1;これまでの、結果と成果、今後の課題 その中で、今どうするのか、具体策を出されると、いいかもしれませんね。

B;先生とお話をしていたら、今年度の必然的にやらないといけない事がなんだかずっと出てきました。すごくいいことを言っていたので、これを利用したら これもで思っていたことが出来るかなって思うけど、さあまたここからだ、、、。

I1;皆そうです。

B; どうしても スタッフというのは、忙しいのと人が少ないっていう事に焦点がいつてしまう。師長の立場としては、事実それがあつ場合もあるし もう受け止め方を変えたらそれを解消できるってこともあり 自分自身がジレンマを感じたり、上手く見解を入れてあげられず、逆に同調してしまつて、そういう立場じゃないのにそうなつたり でもあまり威圧的にはいえないし また聞いてはもらえないっていうところがかつり難い。私なんかは、上を批判してしまつ。そういうところを極力気をつけないと、おもふんです。一番手つ取り早い解決で、、、。

I1;私自身にも当てはまる事です。

B;だからそういう点アドバイスいただけたら。どういった働きかけをしていけば、スタッフも納得がいくのか。

I1;そうですね。

B;今年なんかでしたら、退職者はあるのに、採用者はないんです。現状として、ナノで、スタッフはその殆ど集中して、そちらに焦点がいつている、、。あの人は何月からは産休だとか、、、。

I1;自分たちの労働に直接影響してきますものね。

B;そうなんです。これだけの人数でも、こんなやり方をしたら、、っていう安堵感を与えたいんです。そのためにどういった方法があるのかを常に模索していかないといけないです。

I1;ただ、やっていてもだめで、こういった現状問題はあつけど 私たちはこう考えていくのはどうだろうか?そういう提起をしていかないとスタッフはついて行きにくいかもしれませんね。

B;私が一人の人力としてやってくことも出来るのですが、それは一番簡単な方法ですが一人しかいないし 限度もありますし、いつも出来る事ではない。今のところは、三割ぐらいそうして、私もこうして努力しているのだからっていうところを、、。

I1;そうですね。

B;ほんとうに深く考えてやればいいのに、簡単なほうへ、逃げ道をしてるんです。

I1;私も今の立場になつて一番思ふのですが、やっぱりその 全体の組織の目標がありますよね。そして、看護部なら看護部の目標が、そしてまた、一人一人の目標があり、はたらき具合だとか人材、、それぞれの役割をその目標に向かつて できるだけ個人的なものも重ねて、やっていただけるのが最もいいのかなあと、、、。そうすると、今目標管理って言われすぎるところもありますが、展望と決断 リーダーははたをあげて、ここにいこうよ!って、しんどくても、このしんどさはここにつながっている事なんだからね。と一致できれば、しんどい事も超えていけるのかな。いうのは、やさしいけど、するのは難しい事。

B;又ぶつちやけて申せば 来年度合併問題で変わつてきますので。それだけでは、安心感を与

えてあげられないんですよね。明確なものはでてないし、実際合併してしまわないとその方向っていうのは、わかりませんから。その一つでも、病院の位置付けがはっきりすれば、少し安堵感が出てくるんでは、って思います。

I1: そうですね。

A: 確実に〇市の市民病院って言えたらいいんですけどね。

B: そうしたら覚悟も変わってきますでしょうし。

I1: 〇病院もありますしねえ。

B: そこに〇町が来年1月には加わる事が決まっていて、お互いに、町立病院を持ってるのです。

A: 殆ど変わらない規模で、看護師の数も、何する時も〇町と相談させてもらって言うぐらい良く似た病院がおんなじ 〇市にある。

B: メインの〇市が市立の公的な国立ではあったんですが、今、そういう町立や市立ではお持ちになっていなかったの、。

I1: 〇市は市立はいらないってってるんですよね。

B: はい。

I1: 自分とはいらない、〇病院も何にも助成していない。

B: そういうメリットを、お持ちにならないからいらないとおっしゃっていても 実際にはわからないわけで、そこらへんの理解を深めて生きたいと周りではおっしゃっているようなのですがね。

I1: スタッフにしたら自分たちを守ってくれるのかっていうのが一番大きいんですよね。たとえばくいかなかったにしろ、自分たちを看護を、自分たちをも間も折りきろうとしてくれているのかっていうのを最後には見てるんですよ。そこが逃げ腰だったりすると、って思うんです。それが自分たちの立場で、買われている所なんですよ。厳しいですよ。

B: だから、常に、私をどうスタッフは見てるのか、受け止めてるのかは反省しながら、砕けた言葉で言えば 顔色をうかがいながら そんなところもあります。

I1: そうですね。そういう意味では、管理者としてっていう事が一番大きい。それと同様に、一人の看護師としてということも専門職の場合見てますよね。じゃあ、この患者さんにあなたはこういった看護を考えますか？あなたの患者への考え方とらえ方はどうですか？その2側面がとらえられるのかなと思います。その両方面を卓越する努力をするっていうのは、出来てる人はいないと思うけれど、それに向かって努力をしてるかどうかひと昔ふた昔前の婦長さんは勤務表の管理だけでいい部分もあったような気がしましたが、今は看護能力も同じぐらい買われるかなって気がします。仕事って楽にはならないですね。

B: 楽しんではいけないのでしょうかが楽したいっていうか、平和に一日を終えたいって思います。だからスタッフが師長さんって言ってよってくるといつもドキッとします。次の言葉でほっとしたり。

I1: そうですね。でも、さっきおっしゃった事は、後退ではなくて どのスタッフも救われると言うか いい攻略です。

B: スタッフにも参考書引いてないで、そうやって聞いてもらう事も気づいてはいてくれるんだなって。

4章 豪州における医療情報の開示

豪州における医療情報の開示の実態を探るため、南オーストラリア/アデレードにある病院およびホスピスを訪ねた。インタビューはがん病棟の看護師長に行った。
インタビューと病棟の廊下に置いてある患者用ポケットガイドの抜粋から概観する。

1. アデレードのA病院における看護師長へのインタビューより

●カルテの閲覧

Q：患者は、この病院では自由に自分のカルテにアクセスできるのですか？

A：いいえ、見せることの出来ない部分もあります。フォームを使って、先ず申請をしてドクタの説明とともに見ることになります。

Q：今までに問題はありましたか？

A：大きな問題は有りませんでした。最近 16 歳の息子をなくした母親がカルテの開示を希望してドクターとともに治療記録や、診断記録を見ました。ちゃんと法律上の過程を通過しています。

●記録の書き方

Q：見せることを意識して書いていますか？

A：法的なものですから、たくさんのドキュメントに増えました。私たちは自分たちで判断をしてはいけません。開示を意識した教育も受けるようになります。もし深夜 カルテに患者は寝ている。と書いても 訴訟の場合弁護士にどうして寝ているとアセスメントしたかときかれる。

Q：それは看護教育ですか？現任教育ですか？

A：それは学校単位であります。こう書く、この言葉は使えないなど。これから、教育の部分はもっと発展していく必要がある。自分たちの感情感覚でかんじたことを書くことがあるのでそこを改善する必要があります。

Q：POS は？

A：患者の問題（病状）は一つとは限りません。たくさんある場合には問題を優先順位を考えて、重要な順番からケアしていきます。そして専用のシートにグラフでそれが同様によくなっているのか記入していきます。またそれがうまくいけばいいですけどもそうでない時は、ドクターとともに、並べ直して改善していきます。先年その方法でたくさんの書類を進めました。

Q：看護診断はしていますか？

A：いいえ、していません。主役は患者なので、その人に向かって ドクターもソーシャルワーカーも、ナースも皆一緒にケアしていつてるのです。看護師が勝手に診断することはありません。過去はしていました。でも、よくなかったです。患者を外側から勝手に判断してはいけません。今のシステムを取り込むのには時間がかかりました。

Q：日本では、電子カルテを使用しはじめて混乱しています。

A：電子カルテは使うのは辞めています。ただ、病院間の検査結果などの行き来の為と、退院する患者のサマリーをドクターが記録するとき電子カルテに入れます。

Q：看護計画を患者と看護婦と一緒に作っていくことはされていますか？

A：ないです。入院中週 2 回の回診時にドクターが治療方針をいくつか説明して患者が選んでサインをするときだけです。患者が看護婦にどのケアに集中してほしいか希望することもあります。

●カルテは誰のものか／開示の方法

A：専門的な看護師としては 個人の判断で何事も決めることは出来ない。マニュアルを原則として判断する。そのマニュアルは、コモンヘルスガバメントのヘルスサービスが決めている。オーストラリア全体利用されているものである。患者の記録は病院の所有物ですが、患者のものでもなく、医師のものでもなく、病院のものです。

Q：医師の書いた情報というのは医師が作り出したもので、診断したものであるという意識を持っているのでしょうか？

A：医師は、患者といつも情報をシェアしているものです。患者の記録というのは、患者の症状の証拠であり、情報伝達であり、記録として残すもの。普通は 患者の病状は、口頭で医師から患者に伝えられるが、もし患者が記録を見ることを望めば、患者に見せるべきものです。Freedom of information という法律で定められています。患者は、何か自分の病状に対して不安があるときや、どういう見解がなされているか知りたいときには、自分のカルテに記録を見るための申請書を提出して少し時間がかかることもあるけれども見る事が可能です。どんなときでも、われわれの仕事は カルテを見せてほしいといわれれば見せなければなりません。しかし、いつもその場には誰かが一緒にいなければなりません。全ての記録を見られるわけではありません。(見せる部分と見せない部分が決まっているみたいである。)なぜならば その中には、患者の単なる記録だけでなく 感情的な影響を与える表現もあります。レントゲンの映像にしてもそうなのですが、説明しないといけない部分もあります。そうして、現実には何が起こっているか、協議していくのです。例えば レントゲンの映像をみて、患者が質問をしたり、落胆してしまったり、よく起こります。という理由でカルテを見せるときには誰かがついていなければならないのです。ドクターは その記録をコピーして持つことが出来ますが、患者は、検査の結果も部分だけしかコピーして持つことは出来ません。

日本の記録とおんなじですか？

Q：同じです。 検査結果の記録、医師の記録、看護師の記録、入院の記録、外来患者さんの記録、日本は全部コピーすることが出来ます。

A：私たちもコピーをとることが出来るけれど、そこをコピーすることによって、もっと患者のストレスとなりうることもあるという部分については出来ません。 もし全てを見たり、誰の説明もなしにみたりすると 医師が説明する前に、自分なりの判断が働いて余計なストレスになったり、誤解が生じたりすることになる。もし勝手に患者が自由に記録にアクセスできるようになると 医師の説明より先にその結果だけを見て間違った判断をしてしまったり、間違いしたりしてしまうからである。 誰にでも、記録を見る権利はあるが法律によりそのためには過程を踏んでいかなければいけない。

●インフォームド・コンセント

Q：患者が記録を見る場合必ず医療師が付き添い説明のあるということですね。インフォームドコンセントもその時希望があればできるのですね。

A：いつも、診察の前にはインフォームドコンセントは、なされています。病状と治療に対する説明を受けます。それで納得したらフォームにサインして治療が開始されます。インフォームドコンセント(同意書)はもっともっと一般的になってきています。そこで、問題になるのは、どのぐらいに情報を先ず示すことが十分か、それは全てにおいて、違ってくるので難しい。

Q：文章でもらえるのですか？

A：違います。検査結果から、口頭で説明です。それは病状によります。 頭のスキャンに結果をみせたり、レントゲンを見せたり。賢者の理解が深まるものを使います。そうして、病気の種類や

これからの治療を説明していきます。いくらかの患者はすべて説明しなければならない状況であったり、また別患者は、何も説明する必要がなかったり。時と場合で考えながら説明していきます。結果的には 理解しました。これにサインしますということで、始めるのは必ずします。

Q：インフォームドコンセントのポイントは何か？ マニュアルはあるのですか？

A：いいえないです。インフォームドコンセントは医学的知識によります。治療をしていく中で、もしあなたが 血液検査の技師ならばその結果でわかったことをこれからの治療として説明するし、もし手術医師ならばこれからどのようなオペをするかを説明していくのです。コンサルタントしてきた中で、どのように治療していくかを医療の経験で判断を出していくのです。ポリシーがあるといっても、それぞれ皆おんなじ方法でインフォームドコンセントは出来ないのです。それは、どこに関心を持っているか、このように考えているかによるのです。どの中で、一人ひとりが何を望んでいるか見極めていくのです。私はナースとして 注射をするときにも、この注射をする為に形式的なフォームがいのよと伝えてから開始します。 インフォームドコンセントはどのようにというマニュアルはないのですがどんなときというのは決められています。

Q：癌のときなんかには 治癒率はどれくらいあるなどという情報も良い情報と同じ様に与えるのですか？

A：勿論です。病状伝えます。それにより患者自身にどうするか選ぶ権利が出来るのです。病気によっては、治療をするかもしれないか、また違うケースでは、大規模な治療をするか、ちょっとした治療に抑えておくか 選択権を与えるのです。その時点での病状ははっきりと伝えます。患者が治療を選びます。また、治療が進む中でそのつど選んでいきます。

それはとても複雑で、人それぞれです。いくらかの人は、大きな期待を寄せます。また他には、家族が期待を持たない場合もあります。(治療を望まない) 医療はフレキシブルなものでなければなりません。標準がなく 個人個々違うものです。特に、いろんな人種で文化的背景も違っているの、それにあった対応が必要です。オーストラリアでは いろんな宗教が あります。キリスト教 イスラム教 ヒンズー教 それによっても考え方が違うのです。そのことにも敏感に反応しなければなりません。

●カルテ開示を求める人はどれくらいか

Q：カルテの開示を求める患者さんは具体的にはどれくらいですか？病棟ではどれくらいですか？

A：そんなにありません。そうなる前に、協議して大体の患者さんは自分の意思を示しますので、問題にはなりません。

Q：トラブルが起きたときですね。訴訟まで行かなくても、そういったトラブルはあるのですか？

A：ないみたいです。

Q：訴訟とかないのですか？

A：不満は時々あります。もっと単純に「母親をいえにもどしてくれない」とか。大体においてコミュニケーションの問題で、十分な情報を与えられずそれがストレスになったりとかする問題はありますね。患者のストレスが 気持ちを不安定にさせて、問題へと発展させていくことになります。コミュニケーションの行き違いが一番大きなトラブルでしょうね。

Q：そういったことに注意を一番されているわけですね。

A：文化的背景の違いです。自分自身を適応させていくのです。患者側からのものの考え方、また家族の要望を良く知り理解していくことです。そうして判断、対応していくのです。

例として、病状を普通私達が説明をしますが ある人種（カルチャー）では イタリア、ギリシャではターミナル治療で、患者さんには死について話さない、家族もそれを強く望んでいる。そういったカルチャーの人にはそれに合った配慮が要ります。年代によっても違います。

Q：それぞれの違いは（背景）どうやって知っていくのですか？

M：入院のときにフォームにてインフォメーションを書きます。

A：いくらかの患者は初めから自分に関する情報を全部くれますがそうでない患者もいます。

●情報開示を意識した記録か

Q：看護記録を書くときに誰かに見られるという意識で書くのですか？

A：記録を書くときには フォームに 何をしたか、何を話したか その目的は何かを書いていきます。個人的な思いを書きません。自分の意思は書きません。患者の記録なので、とても注意深く行きます。（書類の書き方に関するオリエンテーションがあります。） 患者が怒っているとは書きません。患者がこの状態でこのように行動したと、おこったことを書きます。患者の感情は判断できません。主観的には書きません。客観的に書きます。批評的なことは書きません。判断はしません。コミュニケーションすることが大切で その状態をプロとして客観的に叙述することである。

Q：怒っているという判断をアセスメントしてはいけないのですか？

A：それは医学的判断ではない。だからその場合は、医師に直接今この患者さんはこんなことがあって怒ってるみたいと思うのですがと伝えるべきです。医師もおんなじ判断をすれば、解決しようと思うです。また、もし患者が SAD といったのならそう書けば 後でカウンセリングが必要な場合も出てきます。「怒ってる」と患者が言ったときには怒っていると書くのです。それが自分たちを訴訟などから守る為です。プロフェッショナルマナーとして事実起こったことのみを書くのです。

Q：そのような書き方になったのがいつごろからですか？

A：20 年前までは看護師は何も記録として書きませんでした。患者さんに対処するだけでした。そのころ看護師教育が病院から大学へとかわってきました。看護師が専門家となってきて、プロとして、患者を分析し記録として残すかの教育がはじまった。看護の記録の始まりはとってもシンプルで、先輩の看護師が紙（SHEEQ）をもっていて、そこに患者の名まえ、診断名、ケアをどうしたか、どうするか（簡単に このままのケアを続ける、..、といった感じで）というのを書き込んで 患者のベットサイドにおいて後輩の看護婦に教えたり、連絡として使ったりしていた。今は、コンピューターで処理されて、患者さんのケアは常にかかれ 法的に認められた証拠、記録となっています。看護師の記録とドクターの記録は同じページに示されている。（経過記録）患者さんに関わった人がすべて何らかの記録をそのドキュメント（記録）に書いていく。

Q：時間は十分にあるのですか？

A：勿論です。場合によりますが普通は 5~6 人なので、十分な時間があります。かかることもありますが経験していけば解消されていきます。簡単な記録しか要らない患者さんもいますし、ケアプランという法律上認められたものがあるので 変更がなくそのプランとおりなら細かく書く必要がない。

Q：患者の問題点は？

A：1 つは 看護師個人の持つ知識により先ずはさがす。もう 1 つは患者の情報をみていく。その 2 つによりそれをエクセルケアというコンピュータ上の記録に登録していく問題点が出てくる。ケアプランが作られていく。

Q：アセスメントを記録するのですか？

A：入院のときに使ってるフォームには細かいチャートがあり、アセスメントが全部含まれているので、問題点や情報を知識とともに書き出し仕上げていけるようになっている。また退院のときその情報が漏れないようにちゃんとサマリーも書くことにしている。

Q：問題点は書かないのですよね。

M：つまり優先順はないです。情報や知識を元にエクセルケアを使ってケアプランを立てて、サマリーがあるので、継続の時にはそれで、全て問題点も含めて送れることになっている。意識にはあります。

Q：看護師による診断が放棄された理由はなんですか？今までに、どうして患者の問題点を順番に書かないのですか？

A：入院のときのフォームには一番最初に問題点が書かれてるのでわかることである。ケアプランの中にももしそれで問題点をはっきり一致させることが出来るのなら順番をつけて書いてもかまわないです。問題点をチャートから取り出し、どれが重要なのか選び出して順番にケアしていきます。看護師によります。普通は 大切なことをケアプランの一番に書きますから（大事じゃないと思われることはだんだん下の方に、）みれば 理解が出来るのです。またそのつどその時々の看護婦が何度もケアプランのコンピューターにアクセスして皆で問題点を並べ替えていくのです。痛みが進んだら、問題点を増やしていったりという形で、ケアを増やしていくことになります。

2. ガイドブック

表と裏表紙の絵は、豪州における患者の権利をわかりやすく示している。



ACCESS to personal records

個人の記録へのアクセス

Except for certain legal exemption 特定の法的免除を除いて

You have the right

to see information kept about you by government services, either you personally or through another person you nominate, and to have copy of this information.

政府のサービス もしくは 個人的にあなたが推薦した人によって守られた あなた自身についての 情報を見る権利があり、また あなたがこの情報のコピーを持つ権利がある。

to seek amendment to your personal information and to have comments attached to your records or files,

あなたの個人情報に改正を求めて、コメントをする権利や、あなたの記録またはファイルに付随する権利がある。

CONFIDENTIALITY

守秘性

Except for certain Legal exemption 特定の法的免除を除いて

You have the right

to have all identifying personal information kept confidential to those involved in your treatment. 治療にかかわるとても個人的な情報は守られ尊重される権利がある。

DECISION MAKING

意思決定

Except for certain Legal exemption 特定の法的免除を除いて

You have the right

to have your illness and treatment options—including having no treatment—discussed with you 病気の治療方法—治療を行わないことも含めて を話し合う権利がある。

to be told of any material risk that you or a reasonable person in the same position would consider to be significant—and have them explained to you

どんなリスクが伴うかを 貴方自身 又は署名が出来るに値するような貴方に代わる人物に説明してもらう権利がある。

to be told which treatment your health worker recommends so that you can make an informed decision about your health care

あなたがあなたの健康管理(Health care)についての情報に基づいた決定をすることができるように、あなたの医療従事者 (Health worker)がどの処置を推薦するか説明してもらう権利がある。

to be asked for your consent prior to any form of treatment, that this consent be given

voluntarily and to be given a clear explanation of any document you are asked to sign
自分から同意をし署名をする全てのものは その前に説明を受ける権利がある。

to change your decision or refuse treatment at any time and to be given an explanation of the possible consequences of not taking the advice of the health worker
あなたの決断を変えたり、処置を拒否することがいつでも出来る権利があり、Health worker のアドバイスを受けない場合におこりうる結果の説明を聞く権利もある。

to meet the people involved in your care and to know their name and qualifications
あなたのケアに携わる人たちの名前と資格を知る権利がある。

to refuse care from a particular health worker recognising that the particular health service may not be able then to accommodate your treatment or care
公共医療で、あなたの治療や処置することができないかもしれないと認めている Health worker から、世話を拒否出来る権利がある。

to be given information about diagnostic tests and to have the results and the implications of those results explained to you
診断テストに関する情報を与えられる権利、結果とその意味を説明される権利がある。

to know the uses and anticipated effect of the drugs you are being given
あなたに与えられている薬の用法と 予想される作用を知る権利がある。

to have an explanation of the chances of success, the need for any further treatment, the likelihood of return to good health, convalescence and rehabilitation requirements
どれぐらい成功可能性があるか、どんな処置が必要か、健康への復帰の見込み、回復期にどんなリハビリテーション必要か説明を受ける権利がある。

to refuse admission to health care facility regardless of your condition or against medical advice
あなたの健康状態を考えない Health worker に、または、医師の診断に対して介入を拒否できる権利がある。

to refuse life prolonging treatment or to receive palliative advice
日常的にずっと受けている治療を拒否し、一時的に楽になるような治療を受ける権利がある。

to discharge yourself from the health service at any time at your own risk
あなた自身がリスク（危険度）承知してであれば いつでも Health service を辞めていい権利がある。

to authorize another person to make decisions for you and to have the same rights on behalf of your child

あなた自身や、または子供に代わって意思を決定する許可を人物を持つ権利がある。

(Children as they get older have the right to be consulted and to make decisions on their own behalf. Once 16, on the informed basis, whether or not to accept treatment.)

子供が16歳以上ならば 基本的なことを 治療を受け入れようがそうでなかろうが相談し 意思の決定をする権利がある。

CARE

ケア

You have the right

to competent health care which is appropriate for your condition or illness

あなたの状態または病気に適切な意味のあるケアを受ける権利がある。

to health care regardless of your social or financial status, age, sex, race, religion, political belief, sexuality, disability, health or legal status あなたの社会的地位、財政的地位、年齢、セックス、人種、宗教、政治的な信念、性的関心、障害、健康またはリーガルステータスに関係なく Health care を受ける権利

to have continuity of care, including planning of your continuing health care before you are discharged and followup after you are discharged.

完治する前、完治した後のフォローアップも含めての計画を立て 持続性のあるこれからのケアを受ける権利がある。

RESPECT FOR YOUR PRIVACY

プライバシーの保護

You have the right

to decide who will be present during the provision of your health care

あなたに health care を行っている間に誰があなたに付き添うことが出来るかはあなたに決める権利がある。

to talk with other patients, friends, relatives and advocates, in order to have your needs represented to those providing the health service to you

health service をあなたのニーズに合わせて、他の患者、友人、親類と擁護団体と話します。

SECOND OPINION

セカンドオピニオン

to seek a second medical opinion and /or information from other sources about your diagnosis and treat 診断と処置について第2の意見を聞く権利がある。

3. まとめ

豪州における医療情報の開示は、法的に定められており、市民にはその権利をガイドブックで知らせるなどの対応がなされている。カルテの位置づけは、「病院のものである」とし、患者が望めば申請によっていつでもアクセスし、コピーを受け取ることができる。しかし、必ず、医師の説明を加え、すべて自由に閲覧できない場合がある。それは、患者の誤解を取り除き、一人ひとりにあった理解を促すためである。

多国籍民族で成り立つ豪州において、常に一人ひとりに文化や考えを尊重しようとする姿勢は、ガイドブックの表紙にも象徴的に表れている。あらゆる年代、あらゆる疾病、あらゆる国籍の人々に対応するために、画一的なインフォームドコンセントではなく、柔軟に行われている。インフォームドコンセントの延長として、カルテ開示を位置づけている様子がうかがえる。

また、看護記録においては、学校教育、現任教育で徹底した指導を受け、公的文章として意識した記載が行われている。また、記載時間も十分あるという点からも日本の現状とは異なっていた。

III

1 章 市民調査

(1) 調査の概要

1. 目的：カルテ開示の進展に対する一般市民の認識を把握するために質問紙調査を実施した。
2. 対象：京都府内に住む 20 ～ 80 歳の一般市民から、都市部と郡部で 2 段無作為に 3000 人を抽出した。
3. 調査期間：2005 年 2 ～ 3 月
4. 調査方法：調査票は、滋賀県調査を参考に作成した自記式無記名郵送法による質問紙である。質問項目は、①基本属性に関する変数のほか、②カルテ開示の及ぼす影響に関する変数、③医師－患者関係において重要だと考えられる変数、④患者の権利についての認識を問う変数、⑤カルテ開示やセカンド・オピニオンの経験を問う変数、などにより構成した。
5. 回収結果：有効回答数 689 を得た(回収率 22.9 %)。

(2) 調査結果

1. カルテ開示についての認識

表 1-1-1 カルテ開示の実施を知っているか

	%	実数
知っている	48.3	321
知らない	51.7	343
計	100.0	664

冒頭で カルテ開示の実施がどの程度認識されているかを尋ねた。結果は、表に見るように知っている人は有効回答の過半数に達しなかった。

表 1-1-2 性別によるカルテ開示実施の認識

	男性	女性	計
知っている	19.4	29.0	48.4
知らない	24.3	27.3	51.6
計	43.7	56.3	100.0

(単位：%)

性別にみると、女性の方がやや知っている人の割合が高いように思えるが、統計的な有意差は出ていない。

表 1-1-3 地域別によるカルテ開示実施の認識

	京都市	宇治市	和知町	福知山市	京丹後市	その他	計
知っている	15.3	5.7	10.6	8.3	8.3	0.5	48.7
知らない	12.4	6.0	11.7	8.1	12.2	0.8	51.3
計	27.7	11.7	22.3	16.4	20.5	1.3	100.0

(単位%)

同じく、地域別による違いをみると、大都市である京都市では過半数を越え、京都府の北部に位置する京丹後市では知らない人の割合が大きい、有意差を見いだすことはできない。

看護記録についても開示されていることを知っているか尋ねた。看護記録の開示について知っている人は、カルテ開示よりもさらに少ない。

表 1-2-1 看護記録の開示の実施を知っている

	%	実数
知っている	24.2	160
知らない	75.8	502
計	100.0	662

また、この点については、地域間格差も見られなかった。

表 1-2-2 地域別による看護記録開示の実施についての認識

	京都市	宇治市	和知町	福知山市	京丹後市	その他	計
知っている	7.2	3.4	4.6	4.1	4.6	0.3	24.1
知らない	20.6	8.3	17.8	12.4	15.8	1.0	75.9
計	27.7	11.7	22.3	16.5	20.4	1.3	100.0

(単位：%)

「カルテを見たいと思ったことがある」人の割合は、36.3%であった。そのうち、見せて欲しいと頼んだことのある人は、2.6%、18 名にとどまる。さらにそのうち、実際に見ることのできた人は 10 名であった。前回の滋賀県調査では、カルテを見たいと思ったことがある人は、54.8%と半数を越えていた。ただ、実際に頼んだ人は全体の 2.4%でありそれほど変わらないと言える。申請すればカルテ開示が可能な医療機関は増えているが行動に移す人は多くないことがこの結果からもわかる。

表 1-3 カルテを見たいと思ったことがある

	%	実数
ある	36.9	254
ない	58.3	402
無回答	4.8	33
	100.0	689

表 3-1-4 見せて欲しいと頼んだ

	%	実数
ある	2.6	18
ない	38.2	263
非該当	54.1	373
無回答	5.1	35
	100.0	689

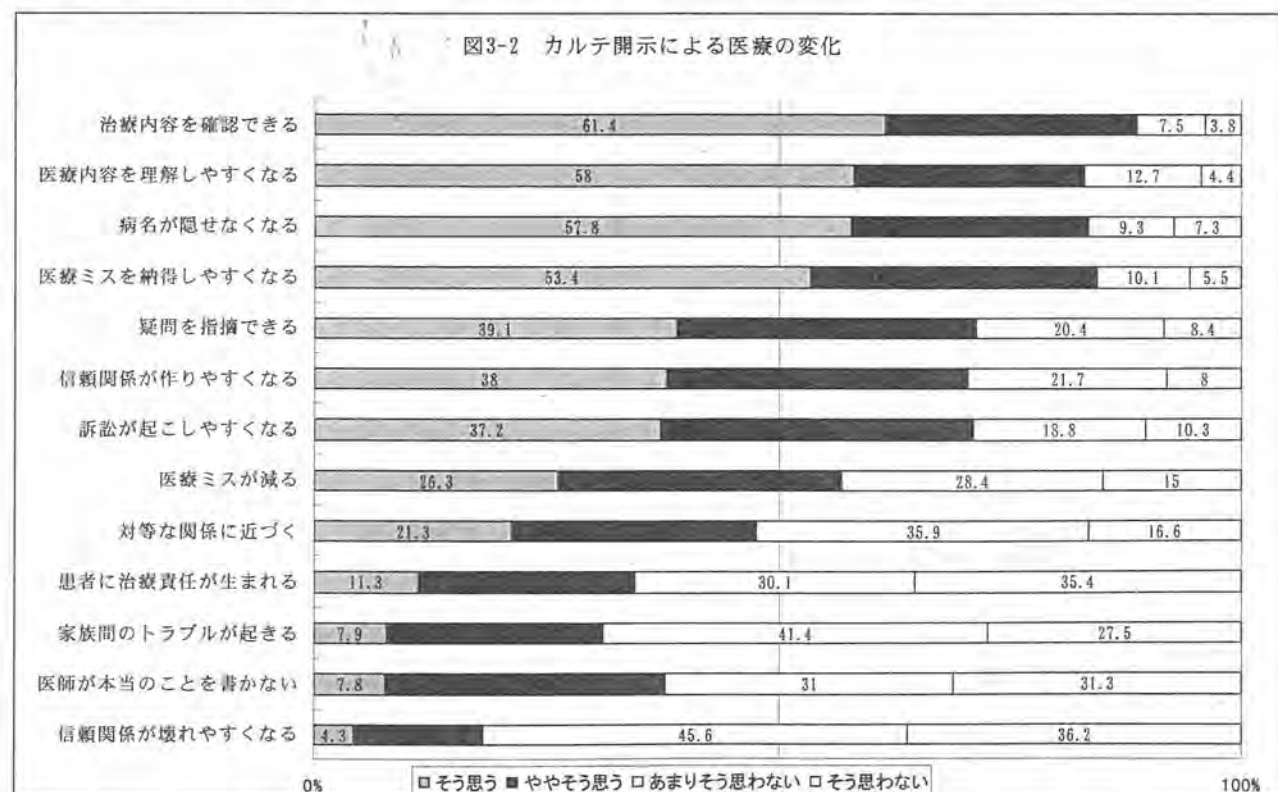
2. カルテ開示による変化

カルテ開示が今後一般的になることにより医療にどのような変化がもたらされるかを 13 項

目について尋ねた。図 3-2 では、集計結果を「そう思う」という回答が多い順に並べてある。まず、上位に来ているのは、「治療の内容を確認できる」「医療内容を理解しやすくなる」といった患者（市民）にとって医療情報へのアクセスやリテラシーが高まるといった開示がもたらすメリットへの期待感である。裏を返せば、現状では治療の内容を十分に確認できていないということを示唆しているとも言える。

医療者との関係については、良い方向に向かうと考える傾向の方が強い。カルテ開示によって医師との信頼関係が築きやすくなると思う人のほうが、開示によって信頼関係が壊されると考える人よりも圧倒的に多い。医療者側がカルテ開示を推進する根拠が患者との信頼関係を築くことに置かれていたことを思うと、市民は医療者が願うようにカルテ開示がもたらす効果を予測している。信頼関係が損なわれる最も極端な例は、医療訴訟であろう。カルテが訴訟の重要な証拠となるのは言うまでもないが、訴訟を起こす目的でカルテ開示を請求する例は多くないように思われる。ただ、医療者サイドにはカルテ開示を請求すること自体、医療の内容に何ほどの疑義を持っているからではないかという懸念を抱く人たちもいる。カルテを見ることで医療の内容を確認したい市民と医療サイドの考えには微妙な食い違いがある。この点で興味深いのは、「治療ミスが納得しやすくなる」という項目で肯定的意見が 8 割を越えているという点である。「医療ミスが減る」かどうかについては、肯定と否定の意見は拮抗している。訴訟の理由となる医療ミスは、医療情報が開示されるか否かとは別のメカニズムで生じることであろう。しかし、いったんミスが生じたときその全容が患者サイドにすぐ明らかになるならばミスを犯した医療者に対して無用の不信を抱く必要がないという思いが「納得」という言葉に込められている。専門的で理解の難しい医療は、そこで何が行われているのか不透明であることによって患者からの不信を生みやすかったということでもある。

図3-2 カルテ開示による医療の変化



次に、これらカルテ開示による医療の変化についての変数群について因子分析（主因子法、バリマックス回転）を行ったところ、表 3-2 のように 3 因子が抽出された。

表 3-2 カルテ開示による医療の変化：因子分析

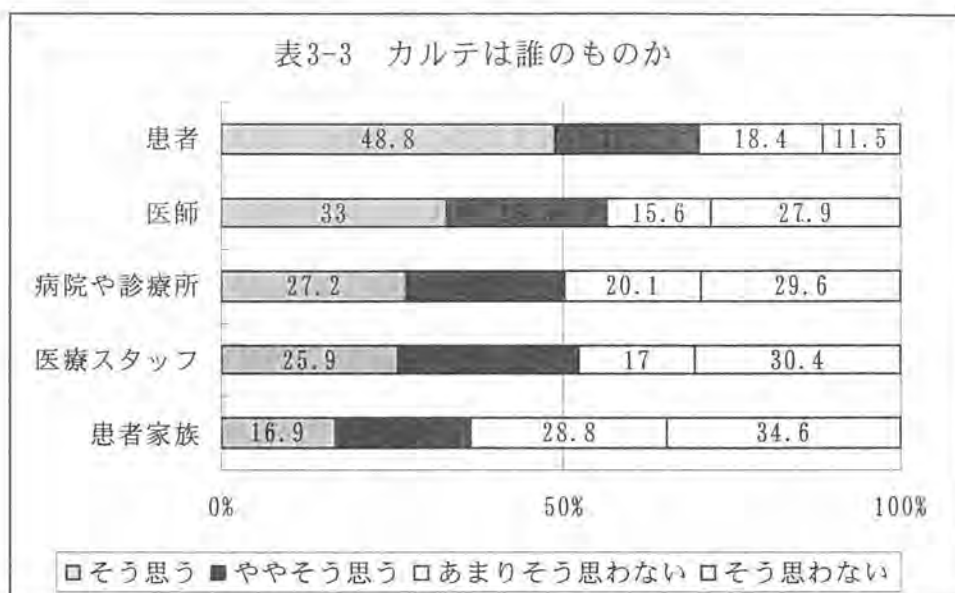
	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子
医療ミスが納得しやすくなる	0.774	0.174	-0.026
治療内容を確認できる	0.633	0.243	-0.067
訴訟が起こしやすくなる	0.562	0.132	0.180
医療ミスが減る	0.430	0.317	0.032
病名が隠せなくなる	0.425	0.165	0.145
医師と信頼関係が作りやすくなる	0.234	0.752	-0.292
患者と医師が対等な関係に近づく	0.242	0.597	-0.073
疑問を指摘できる	0.385	0.436	0.077
医療内容を理解しやすくなる	0.316	0.417	-0.070
医師と信頼関係が壊れやすくなる	0.016	-0.189	0.645
家族間のトラブルが起きる	0.050	-0.083	0.481
医師が本当のことを書かなくなる	0.053	-0.063	0.410
患者に治療責任が生れる	0.021	0.089	0.376

「医療ミスが納得しやすくなる」「治療内容を確認できる」「訴訟が起こしやすくなる」「医療ミスが減る」「病名が隠せなくなる」の 5 変数からなる第 1 因子は、医療情報へのアクセス可能性増大と訴訟や医療ミスの減少などそのことがもたらす直接の結果を表していると解釈できるので「情報アクセス」と名付けておこう。「医師との信頼関係が作りやすくなる」「患者と医師が対等な関係に近づく」「疑問を指摘できる」「医療内容を理解しやすくなる」の 4 変数からなる第 2 因子は、カルテ開示がもたらすメリットを表している。ただし、患者が医療の主演として参加することに関連した変数でもあるので「患者主体の医療」と呼んでおく。「医師との信頼関係が壊れやすくなる」「家族間のトラブルが起きる」「医師がほんとうのことを書かなくなる」「患者に治療責任が生れる」といったカルテ開示に伴うデメリットを示す変数からなる第 3 因子は、「カルテ開示のマイナス面」と呼んでおこう。

3. カルテは誰のものが

「カルテは誰のものが」という質問は、曖昧であったかもしれない。この場合のカルテが記載された情報を指すのか、記載される媒体のどちらを指すのか、その両方なのか はっきりしないからである。われわれとしては、前者の方を念頭に置いていたのだが、例えば医療機関について尋ねたである場合には、後者の意味で受け取られたかもしれない。

表3-3 カルテは誰のものか



もっとも多かったのは「患者のもの」とする意見であり、もっとも少なかったのは「患者家族のもの」であった。滋賀県調査においても、「患者のもの」が第1位であり、「患者家族のもの」が最下位であった。カルテに記載される医療情報の大半は患者個人に関することがらであり、一般の財産のように家族に所有権が譲渡されるようなものではない。しかし、カルテ開示の手続きを決める際に、死亡した患者のカルテを家族や親族が開示請求できるかどうかは常に問題になってきた。このような場合、開示請求は認められることが通例であり、その意味で患者家族は十分にカルテの所有主体たり得る。ただ、個人情報保護法の施行により、医療の現場では患者に関する医療情報をこれまでのようには患者家族に教えることができなくなったと考えられている。医療情報も個人情報である限り、情報を本人以外の第3者に伝えてよいかどうかを許可する権限は患者本人に帰属するからである。これまでは、ガン告知の場合などしばしば本人よりもまず家族に病名を告げ、そのうえで患者本人に告知してよいかどうかの判断を家族員に仰ぐといったこともあった。個人情報保護法はガン告知を一般化させ、医療情報の主体が患者であるという観念を自明視させ、結果的にインフォームド・コンセントの定着に拍車をかけたと思われる。しかし、患者の医療情報が一般の個人情報と同じに扱えるかどうかについてはなお議論の余地があると思われる。医療の現場では、患者はしばしば受動的であり自己決定に基づいて行動できるとは限らないし、自己決定そのものを行使できない心身の状態に置かれていることがあるからだ。その場合、誰がその代理をするのか、なぜ代理ができるのかという問題が生じてこざるを得ない。（蛇足であるが、死亡した患者に関する個人情報は、生者のみを保護の対象とする個人情報保護法の圏外にある。したがって、家族員が死亡した患者のカルテ請求することはこれまで通り問題とならない）

滋賀県調査では、「医師のもの」という回答は第4位であった。その意味で、今回の結果はやや意外である。医師たちは、診断を下すまでの思考過程をカルテに書き記した部分は患者の情報そのものではなく自分たちのオリジナリティが主張できると考える傾向がある。患者・市民がそのように考えるようになったとは思われないので、両地域で差が生じた理由がよくわからないのが残念である。「患者のもの」と「医師のもの」とをクロスさせると下記の表のようになる。

表 3-3-1 カルテは患者のもの×医師のもの（クロス表）

		医師のもの				
		そう思う	ややそう 思う	あまりそ う思わない	そう思 わない	計
患者 の も の	そう思う	89	34	36	134	293
	ややそう思う	25	51	42	19	137
	あまりそう思わない	46	51	17	5	119
	そう思わない	36	12	5	21	74
		136	148	100	179	623

当然ながら、両変数は強く逆相関していることがわかる（ $p < 0.001$ ）。患者のものであり医師のものであると考える人や、どちらのものでもないと考える人もあるが、「患者のものであり医師のものではない」というグループが最も多い。

そこで、患者のものと考えるグループとそう考えないグループとの差違がどのような要員と関連しているのかを知るために、さまざまな項目群を用いて判別分析を試みた。

まず、「カルテ開示による医療の変化」では、次表のような結果（構造行列）になる（Wilks の入は $p < 0.001$ であった）。両グループを判別するのに最も預かっているのは、「医療内容を理解しやすくなる」であった。カルテは「患者のもの」であると考えるグループは

表 3-3-2 判別分析（患者のもの×医療の変化）

	患者のもの
医療内容を理解しやすくなる	0.692
患者と医師が対等な関係に近づく	0.648
医師との信頼関係が作りやすくなる	0.635
治療内容を確認できる	0.610
医療ミスが減る	0.466
疑問を指摘できる	0.451
医療ミスを納得しやすくなる	0.356
ガンなどの病名が隠せなくなる	0.317
医師との信頼関係が壊れやすくなる	-0.222
医師が本当のことを書かなくなる	-0.178
家族間のトラブルをひきおこす	-0.158
訴訟がしやすくなる	0.085
患者に治療責任が生まれる	0.014

カルテ開示によって医療内容の理解が容易になると考えている。反対に、患者のものではないと考えるグループは、カルテ開示が進んでも医療内容を理解しやすくなるとは考えていない。医学的知識は一般には理解できないとも考えているからだろうか。このことは、判別に寄与し

た第2位の変数が「医師と対等な関係に近づく」であることからもうかがえる。カルテを「患者のもの」と考えるグループは、これまで両者の差を固定していたのは秘匿されたカルテに代表されるような医療情報へのアクセスの制限であり、カルテ開示が進めば、両者の差は埋まっていくと予想している。その他、全般にカルテを患者のものとするグループはカルテ開示は医療によい変化を与えると捉えていると言えよう。

「患者と医師の関係で何が最も大切なか」の変数群で判別分析を行うと次のような結果になる（Wilksの λ は $p < 0.001$ ）。

表 3-3-3 判別分析（患者のもの×患者/医師で大切なもの）

	患者のもの
患者と接する時間を今より多く取る	0.718
医師が患者を信頼する	0.651
セカンド・オピニオンをすすめる	0.635
診療内容を丁寧に説明する	0.589
医師が患者を安心させる	0.379
患者が医師を信頼する	0.337
患者も医学的知識を持つ	0.273
新しい技術を提供する	0.160

両グループの判別に最も寄与しているのは「患者と接する時間を今より多く取る」という変数である。カルテを「患者のもの」と考えるグループは、医師と十分なコミュニケーションをはかり、医療内容を理解したいと思っている。カルテを「患者のもの」とは思わないグループは、診療時間の長さにそれほど重きを置いていない。次に来ているのが「医師が患者を信頼する」である点も興味深い。これまで医師・患者関係における信頼とは、患者が医師を信頼することであり、その逆は考えられてこなかった。しかし、このように逆の設問をしてみると、市民は医師が患者を信頼することも重要だと考えていることがわかる。医師、市民双方とも自分を信頼して欲しいと願っているのだ。カルテを「患者のもの」と考える人たちはセカンド・オピニオンやカルテ開示に対して積極的である。自分たちがカルテ開示やセカンドオピニオンを求めた場合でも、それは自分の病状をはっきり確かめたいからであり、医師に対する裏切りではないから患者を信頼して欲しいということであろう。

同じく、「カルテ開示と患者の権利等に関する意識についての変数」で判別分析をすると次のような結果になる（Wilksの λ は $p < 0.001$ ）。

表 3-3-4 判別分析（患者のもの×開示と権利）

	患者のもの
患者はカルテを見る権利を持っている	0.857
説明が十分であってもカルテ開示は必要	0.773
カルテ開示の法律を整えるべきである	0.607
治療法は自分で決めたい	0.484
医師は患者から質問されるのをいやがる	0.357

積極的にセカンド・オピニオンを求めたい	0.351
自分も医療ミスをされる可能性がある	0.347
治療法は医師に決めてほしい	-0.262
カルテを見たいと言ったら医師が気を悪くする	0.214
開示が必要なのは医師の説明が不十分だから	0.088

カルテを「患者のもの」と思っているグループは、そうでないグループと比べると圧倒的に「カルテを見る権利を持っている」と考えている。「カルテは患者のもの」と「患者はカルテを見る権利を持っている」の両変数で、そのいずれにも「そう思う」と回答した人の割合は37.4%に達している。また、「説明が十分であってもカルテ開示は必要である」、「カルテ開示の法律を整えるべきである」、「治療法は自分で決めたい」などが、上位の変数に並んでいる。このことから、カルテを「患者のもの」と考えることと医療における患者の権利を擁護する考えとが強く関連することがうかがえる。

「看護記録の開示による看護の変化」についての判別分析の結果は、次のとおりである（Wilksの λ は $p < 0.001$ ）。

表 3-3-5 判別分析（患者のもの×看護記録開示）

	患者のもの
受けている看護の内容がわかるようになる	0.676
看護師から十分な説明を受けていない	0.574
十分な説明を受ければ看護記録を見る必要がない	-0.550
看護について意見が言いやすくなる	0.489
療養計画は看護師と一緒に決めたい	0.480
医師よりも看護師の方が質問しやすい	0.207
療養について自己責任が増える	0.110
開示が進むと看護師との信頼関係が壊れやすくなる	-0.044

看護記録についても医師のカルテと同じような回答傾向が見られる。カルテを「患者のもの」と考えるグループは、「受けている看護の内容がわかるようになる」と思っている。それは、「看護師から十分な説明を受けていない」からだ。しかし、「十分な説明を受ければ看護記録を見る必要がない」というのではなく、説明されることとは別に看護記録を見ることが必要だと考えている。医師に対する場合と同じように、看護記録も開示されることで患者と看護師が協同して看護を作りあげることが行われるのではないかと、カルテを「患者のもの」と考える人たちは期待を寄せている。

4. カルテ開示の方法についての意見

すでに述べたように、現在実施されているカルテ開示は、「申請型」のカルテ開示と呼べるものである。カルテ開示を望む患者は、その旨をわざわざ意思表示し、所定の手続きを経てようやくカルテを閲覧したりコピーできるのである。最近では、申し出のあった患者にはすぐにカルテのコピーをわたすという医療機関もあるが、それでもアクションは患者の側から起こす

必要がある。これに対して、治療薬の説明書を渡すように患者が望むと望まないに関わらず、常にその日に受けた診療のコピーを渡すという方法も考えられる。このような「配布型」のカルテ開示も可能性として考えられるが、世界にはこれまでのところ配布型にしているという国はない。ただし、今後医療情報の電子化が進んでいくと、患者は、1 医院で受診した記録だけでなく、複数の医療機関にまたがる自分の医療情報を手元で管理できる可能性が広がる。この場合でも申請によって、ファイルを患者がダウンロードするといったやり方が続く可能性もある。しかし、例えば、多機関の情報が患者個人が携行する IC カードなどに集積され、患者はそれを携行するといった方式が採用されることも考えられる。この場合も、通常は IC カードを患者が解読できなくしておいて、申請があったものだけ解読のキーを教えるということになるかもしれないが、集積された情報がすでに患者個人の手中にあるわけだから解読を許さないことはいかにも患者の権利を制限していると映る。

また、セキュリティの問題が解決すれば、医療機関から患者の PC にネットを介して医療情報を送るということも考えられる。医療機関の側にとっても紙媒体のような手間をとらず容易に情報を手渡せるというメリットがある。おそらく電子化が進めば、正確な医療情報に容易にアプローチできることを市民からはそのような声が上がることが考えられる。われわれが訪れた国ではそのようなシステムは見あたらなかったが、アメリカのウィスコンシン州やカナダではインターネットを用いて医療情報を提供する仕組みが整いつつある。この場合、病院で受診する際に自分の情報を入力し、診断の結果は当然ながらファイルとして各自の PC にも保存されることになる。日本でも日本インターネット協議会などが同様の試みを始めている。現在のところ医療相談の域を出ないと思われるが、例えば映像のやりとりなどを通じて本格的な診断がネット上で可能になれば、病院や診療所で診断を受けることとの差は限りなく小さくなっていく。その場合、医師や医療機関に残されるデータと患者の手元にあるデータはほとんど同一になっている、つまり開示するかしないかという問題設定そのものが無意味となるとも言える。

4-1 の「自分のカルテは自由に見ることができる」という設問は、現在だけでなく以上のような将来についての含みを持った設問であった。

表 4-1 自分のカルテは自由に見ることができる

	度数	%
ぜひそうしてもらいたい	248	36.8
どちらかといえばそうしてもらいたい	289	42.9
どちらかといえばそうしてもらいたくない	25	3.7
そこまでする必要はない	112	16.6
計	674	100.0

予想外に、「そうしてもらいたい」という意見が多かったといってよい。「自由に」という表現は曖昧であるが、現状の方式は「自由に」ではないといってよいであろう。したがって、今のカルテ開示のやり方、つまり「申請型」に対してかなり多くの人たちが不満を持っているということでもある。ただ、自由に見ることができるようになると、時には知りたくない情報、Bad News を直ちに知らされるようになるかもしれない。現在でも、悪い検査データ値などは

隠されることは少ないが、診断、したがってカルテに記載されるような Bad News、例えばガンの場合などは直ちに知られるとは限らないし、知らされたとしてもすべてが包み隠さず知られるとは限らない。「そこまでする必要はない」という回答が一定数を占めているのはそのような理由からだと思われる。

この変数と、カルテは「患者のもの」という変数のクロス表は次のようになる。カルテは「患者のもの」と考える人ほど自分のカルテを自由に見ることに対して「そうしてもらいたい」と考えているし、「患者のもの」と考えない人たちには「そこまでする必要はない」とする回答が多いことがわかる ($p < 0.001$)。

表 4-1-1 カルテは患者のもの×自分のカルテは自由に見ることができる

		自分のカルテは自由に見ることができる				計
		ぜひそう してもら いたい	どちらかといえ ばそうしてもら いたい	どちらかといえ ばそうしてもら いたくない	そこま でする 必要 はない	
患 者 の も の	そう思う	160	114	5	34	313
	ややそう思う	44	74	6	12	136
	あまりそう思わない	19	61	11	26	117
	そうおもわない	17	28	2	27	74
	計	240	277	24	99	640

次に、配布型のカルテについて尋ねてみた。「そうしてもらいたい」という回答が非常に多い。「書いたもの」という表現は必ずしもカルテを意味しないと回答者に受けとめられたかもしれない。カルテ以外だとサマリーなどがこれに相当する。そのほか、いわゆる「わたしのカルテ」方式がこれに該当するであろう。ただ、良心的な医師たちの手によって各地で実施

表 4-2 診療内容を書いたものがもらえる

	度数	%
ぜひそうしてもらいたい	316	47.4
どちらかといえばそうしてもらいたい	242	36.3
どちらかといえばそうしてもらいたくない	18	2.7
そこまでする必要はない	90	13.5
計	666	100.0

されているとはいえ、回答者たちがそれを知っていたかは疑問である。診療内容を医師がメモして渡してくれるというイメージかもしれない。話されたことは記憶にしか残らない。医学の専門用語を一度聞いただけでそれを記憶するのはほとんど不可能であろう。しかし、たとえカルテそのものではなくても、診断名を簡単にメモして渡すだけでも患者にとってみれば得ることのできる情報量は大きい。患者、市民のなかには几帳面な人がいて、病院の領収書や治療薬の説明書などをきちんと残していたりする人がいる。そこに正確な診断名や治療法がわかるような「書かれたもの」がないのはいかにも残念である。また、医療ミスの告発などで、日々の

診療内容を日記のように記載していた資料が重要な証拠となる例もある。単に説明を受けるだけでなく、「書かれたもの」を手元に置く意義は決して小さくない。「話されたもの」は相互行為の文脈の中でしか意味を持たないが、「書かれたもの」はコンテキストを越えて個人の思索の対象にすることができる。わずかな情報でもそれを突破口に調べれば自分の心身に降りかかった出来事についての理解は十分に深まるであろう。

ここにち、新薬の治験や医学・看護学の研究に患者が参加する場合になされるインフォームド・コンセントでは、必ず説明文書が添えられ、署名された同意書が交わされる。実際の説明の場では、決して文書通り話されるわけではないかもしれないが、万が一何かトラブルが生じたとき、患者側も医療側も説明文書の記載内容を根拠にするはずである。現在の医療過程の中で検査結果や治療薬、医療費については、医療側と同じ内容の文書が患者の手元に残る。ひとり、診断や看護の内容のみが医療側に残されたままになっていることに慣習以上の根拠はなくなりつつあると言わねばならない。

次の設問は、「カルテをベッドサイドに置く」ことについてであった。その結果は、表のように「そこまでする必要はない」が 56.9%と過半数を越えている。手元に書かれたものを置いたり、自由に見ることは良いが、入院時に自分のカルテをベッドサイドに置かれるのはいやだということである。理由は尋ねていないが、いくつか推測できるだろう。まず、入院すること自体、やや重い症状にあることでストレスを受けている。それに加えて正確な病名や治療内容を知ったところで逃げ場がないようで気分を落ち込ませるだけかもしれない。また、長期療養の場合などは病状の変化に乏しく、記載内容も「変化なし」で済まされていて読む意義がないかもしれない。さらに問題なのは第3者にベッドサイドのカルテを覗かれるかもしれないという危惧が生じる。カルテは病状以外の個人情報についても記載されているので他者に読まれやすい位置にあることは心配の種となるばかりである。

表 4.3 カルテをベッドサイドに置く

	度数	%
ぜひそうしてもらいたい	87	13.1
どちらかといえばそうしてもらいたい	162	24.4
どちらかといえばそうしてもらいたくない	37	5.6
そこまでする必要はない	378	56.9
計	664	100.0

ただし、この設問にはモデルがある。カルテ開示を進めている名古屋の協立病院などではこの方式を採用している。協立病院では同時にカルテの電子化を進めている。それでも外来でカルテをすぐに手渡すのは技術的に難しいが、入院患者の場合は前日のデータを整理して翌朝にプリントアウトしてファイルブックにバインドする形で患者のベッドサイドに届けることができる。それから一定時間ベッドサイドに置き、回収するというやり方をしている。われわれは同病院を訪問したが、その折に見学させていただいたのはホスピス病棟であった。ガン患者のかたにお話をうかがったが、毎日の記載を楽しみにしておられるということであった。病状が悪化していくのもわかるが、看護師さんが自分をどのように観察しているのかを読みたいということをお話しておられた。また、死期が近づき、御本人はカルテを読んだりコミュニケーション

ンをとれる状態にないが、それゆえ見舞いに来られる家族の人たちは、前回来たときからどのように病状が変わったのか本人や医療者から説明を受けなくともよくわかるし、どのような医療を受けたのかわかって安心できると語っておられた。

したがって、カルテをベッドサイドに置くという方式は、外来を含めた一律配布型カルテ開示の部分実施版と理解してよい。協立病院では、カルテ開示の実施によって患者の信頼を失うといったマイナス面は生じていないし、むしろ一部患者にあった余分な疑心暗鬼が解消されたのではないかと評価しておられる。このような、患者と医療者双方にとってのメリットについてもう少し知られるようになれば、協立病院方式はもっと受け入れられるにちがいない。

5. 医師の説明は十分か

「最近かかった医師から十分な説明を受けた」と思うかどうかを尋ねたところ。「そう思わない」という回答は 27.7%にとどまっている。わが国ではとかく診療時間が短いことが問題となるが、その理由の一つは医師から十分な説明を受けることができないからだと言われる。しかし、多くの人には「十分な説明を受けている」と思っているようだ。

表 5 最近かかった医師から十分説明を受けた

	度数	%
そう思う	229	34.6
ややそう思う	256	38.7
あまりそう思わない	131	19.8
そうおもわない	46	6.9
計	662	100.0

十分な説明を受けたと思っている人とそうでない人との差異がもっともよく現れているのは「カルテ開示と患者の権利等に関する意識についての変数」であった。そこで、「医師から十分説明を受けたと思う」グループと「そう思わない」グループとの 2 グループに分け、「カル

表 5-1 判別分析（医師の説明×開示と権利）

	十分だと思わない
医師は患者から質問されるのをいやがる	0.754
治療法は医師に決めてほしい	-0.650
自分も医療ミスをされる可能性がある	0.570
カルテを見たいと言ったら医師が気を悪くする	0.534
治療法は自分で決めたい	0.359
開示が必要なのは医師の説明が不十分だから	0.319
説明が十分であってもカルテ開示は必要	0.318
患者はカルテを見る権利を持っている	0.284
積極的にセカンド・オピニオンを求めたい	0.258
カルテ開示の法律を整えるべきである	0.222

「カルテ開示と患者の権利等に関する意識についての変数」で判別分析を実施したところ、表 5-1 のような結果が出た（Wilks の λ は $p < 0.001$ ）。

「医師から十分な説明を受けたと思っていない」グループをもっとも特徴づける変数は、「医師は患者から質問されるのをいやがる」であった。「カルテを見たいと言ったら医師が気を悪くする」も第 4 位に位置している。つまり、このグループは医師とコミュニケーションをとることにためらいをもっているのではないかと、医師に問いただすことがないため医師から十分な説明を受けることがないのではないかと疑われる。「自分も医療ミスをされる可能性がある」という、医療への不安感、不信感を表す変数も第 3 位に来ていることをみると、医師から十分な説明を受けていないという評価の背景にはもともと医師への不信感が隠れているとも考えられる。その結果、「治療法は医師に決めてほしい」が強く否定されることになる。その他の変数をみると、十分な説明を受けたと思うグループよりも、やはり患者の権利やカルテ開示を要求する傾向にある。

そこで、患者－医師関係に関する変数群で同じく判別分析をすると次のようになった（Wilks の λ は $p < 0.001$ ）。（前の表とは異なり結果は「十分な説明を受けたと思う」グループの数値が表示されている）

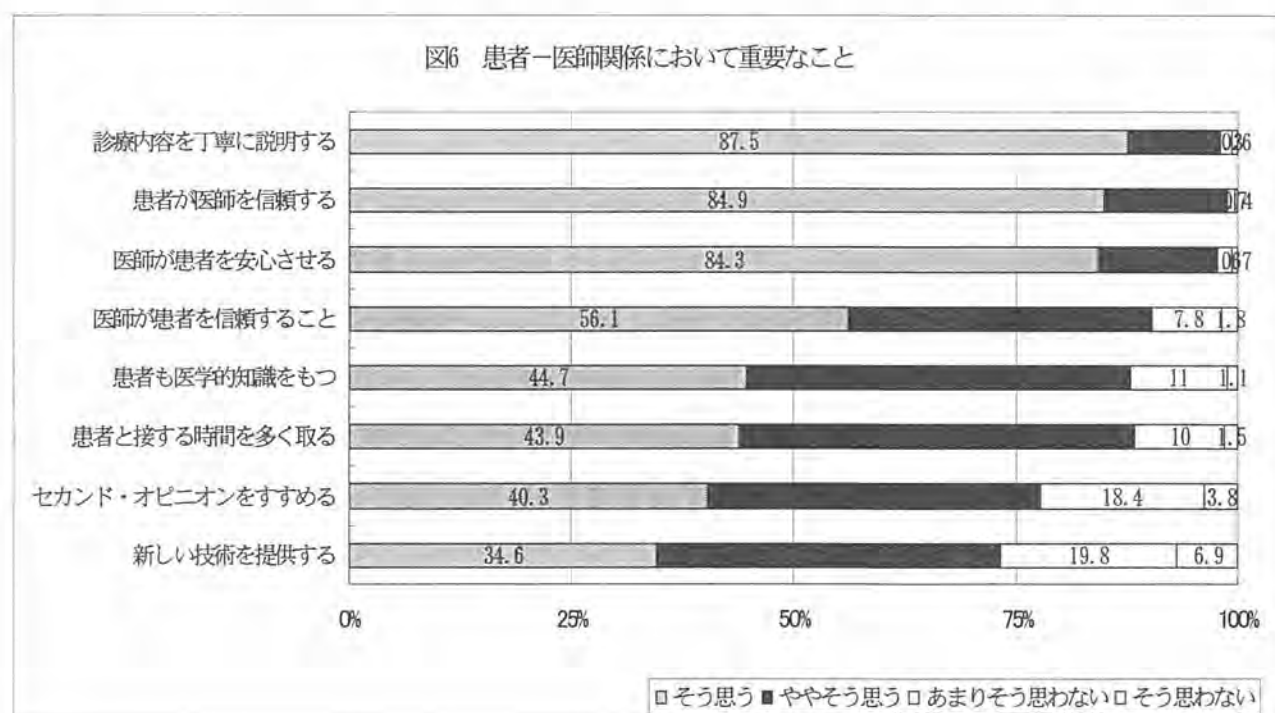
表 5-1 判別分析（医師の説明×患者－医師関係）

	十分だと思う
新しい技術を提供すること	0.720
患者が医師を信頼すること	0.377
セカンド・オピニオンをすすめること	-0.342
診療内容を丁寧に説明すること	0.299
患者と接する時間を今より多くとること	-0.269
医師が患者を安心させること	0.217
患者も医学的知識を持つこと	-0.055
医師が患者を信頼すること	0.023

「医師から十分な説明を受けていないと思う」グループは、「患者が医師を信頼すること」を否定し、「セカンド・オピニオンをすすめること」「患者と接する時間を今より多くとること」を「十分な説明を受けたと思う」グループに比べて求めているが、「診療内容を丁寧に説明すること」は否定される。一見、矛盾しているようであるが、医師不信、医療への不満感の表れと解釈すれば一貫していると考えられる。丁寧な説明を受けても説明そのものが信頼できないので釈然としない気持ちが強まり、また別の説明を受けたくなくなるという負のフィードバックが働いているとも言えよう。医療者側からすれば、単に十分な説明をするだけでなく、患者がその説明に十分納得しているかどうかを確認する必要がある。納得していなければ、さらに説明の方法を変えるなどして患者が抱えている不信感を取り除く努力をしなければ、インフォームドしたとは言えないし、その後患者との間にトラブルを生みやすくなることが予想される。

6. 患者－医師関係において重要なこと

図6では、「患者－医師関係において重要なこと」という変数群に属する8変数を「そう思う」の割合が大きい順に並べている。その結果、「診療内容を丁寧に説明すること」という変数が最も強く肯定され、「新しい技術を提供する」は肯定者の割合が最も低かった。滋賀県調査でも類似の項目を使用しているが、やはり技術の提供よりも診療内容の説明が求められていた。一般に患者満足度調査においても、技術に優れた医師よりもコミュニケーション能力に優れた医師の方が満足度が高いと言われている。また、「患者が医師を信頼する」の方が「医師が患者を信頼する」よりもやや肯定される割合が高い。わが国ではカルテ開示の目的は、医師の場合も看護師の場合も患者との信頼関係を築くことに置かれていたが、患者の立場からは、まず自分たちが医師を信頼することの方を重視していることがわかる。医療者側から見れば、患者は基本的に医師を信頼しようとしているとも言える。ただ、「患者も医学的知識を持つこと」すなわち、すべてを医師任せにするのではなく「賢い患者」になることを心がけること



や、「セカンド・オピニオンをすすめること」も決して低い数字ではない。患者像がやはり変化しつつあることをこれらは示唆している。

この8変数を因子分析（主因子法、バリマックス回転）すると次表のように2因子が抽出される。第1因子は「患者と接する時間を今より多くとる」「医師が患者を信頼すること」などから成っていて、インフォームド・コンセントをベースにした「患者主体の医療」因子である。第2因子は、これに対して、「患者が医師を信頼する」など医師主導の「パターンリスティック医療」因子である。このように医療に対する相反したイメージが市民の意識に混在していると考えられる。

表 6

	第 1 因子	第 2 因子
患者と接する時間を今より多くとる	0.697	0.161
医師が患者を信頼する	0.474	0.409
患者も医学的知識を持つ	0.375	0.224
セカンドオピニオンを進める	0.358	0.071
診療内容を丁寧に説明する	0.357	0.267
患者が医師を信頼する	0.066	0.704
医師が患者を安心させる	0.292	0.438
新しい技術を提供する	0.180	0.305

7. 患者の権利およびカルテ開示についての意識

以下、患者の権利やカルテ開示についての意識を尋ねた設問の回答結果について検討しよう。

表 7-1「患者はカルテを見る権利をもっている」と思っているどうかでは、84%の人が「そう思う」と肯定している。調査は 2004 年で、まだ個人情報保護法は施行されていなかったが、個人情報の取り扱いについては、各種の個人データ流出事件や個人情報を悪用した詐欺事件、住民基本台帳の電子化を巡る議論などで市民の個人情報に対する意識は非常に高くなっていた。医療情報についての報道はほとんどなかったが、それらが患者に帰属し、したがって市民は他の個人情報と同じように見る権利を持っているという認識がほぼできあがっていたのではないかと推測される。

表 7-1 患者はカルテを見る権利をもっている

	度数	%
そう思う	399	61.7
ややそう思う	144	22.3
あまりそう思わない	73	11.3
そうおもわない	31	4.8
計	665	100.0

7-2 の「カルテ開示の法律を整えるべきである」は、言うまでもなく 1998 年以来持ち越しとなっていたカルテ開示の法制化をめぐる論争を念頭に置いた設問である。78.3%の人が法制化に賛同している。アンケート時にはすでに個人情報保護法は公布され、診療録や医療記録も個人情報の一部として同等の扱いをされること、したがってカルテ開示のための法律は改めて作成されないことが決まっていた。その意味ではこの設問は時宜を逸していたのだが、おそらくその事実を正確に知る人は少なかったと思われる。いずれにせよ、開示をの法律化は市民の賛同を得ていたと考えてよいだろう。

表 7-2 カルテ開示の法律を整えるべきである

	度数	%
そう思う	315	48.8
ややそう思う	190	29.5
あまりそう思わない	108	16.7
そうおもわない	32	5.0
計	645	100.0

カルテ開示を患者が求める動機の一つとして、自分が受けている医療の内容を把握しておきたいということが考えられる。反対に、医療内容について十分な説明を受けていれば、カルテの開示までは要求する必要がないのではないかと考えられる。しかし、たとえ十分な説明を受けていてもカルテのコピーを手元に置いておきたいと考える人があるかもしれない。そこで「説明が十分であってもカルテ開示は必要である」という設問を試みた。

表 7-3 説明が十分であってもカルテ開示は必要である

	度数	%
そう思う	292	45.1
ややそう思う	171	26.4
あまりそう思わない	116	17.9
そうおもわない	69	10.6
計	648	100.0

結果は、「必要である」とする人が 71.5%と圧倒的に多かった。やはり、口頭で説明を受けただけではその場で十分医師の言うことを吟味できない、手元にカルテのコピーがあれば難しい病名も無理に覚える必要はないし、ネットなどから医師の言わなかった情報を入手することが可能かもしれない、といった考えがあるのであろう。そうすると、いくら口頭で丁寧なインフォームド・コンセントをしても患者を安心させることはできない。インフォームド・コンセントをするのであれば書面が必要であるし、カルテのコピーを渡すことも患者からの協力を得るための有効な手段となるかもしれない。

7-4 は「治療法は医師に決めて欲しい」かどうかを尋ねている。結果は、76.6%の人が医師に決めて欲しいと回答している。患者が医療機関を訪れるのは自分の病気についての知識がない

表 7-4 治療法は医師に決めて欲しい

	度数	%
そう思う	280	43.3
ややそう思う	215	33.3
あまりそう思わない	101	15.6
そうおもわない	50	7.7
計	646	100.0

からであり専門的で確かな治療を求めているからだという常識的な見方からすると当然な結果かもしれない。7-6 の設問と併せて検討しよう。

7-5 の設問は、7-3 と対になるある種の逆転変数である。しかし、結果からすると、「開示が必要なのは医師の説明が不十分だからだ」という意見の方も 55.5%と過半数を越えた。説明が十分であっても不十分であっても開示は必要であるということになる。ただ、7-5 の方が肯定する意見の割合がやや低い。医師の説明が不十分かどうかとは別の理由でカルテ開示を求める層が存在することを示唆している。

表 7-5 開示が必要なのは医師の説明が不十分だからだ

	度数	%
そう思う	172	26.8
ややそう思う	184	28.7
あまりそう思わない	172	26.8
そうおもわない	114	17.8
計	642	100.0

7-6 は、7-4 を逆転させた設問である。「治療法を自分が決めたい」を肯定する人は 41.3%と半数に達していない。医療における患者の自己決定権を拡大すべきだという考え方がある。インフォームド・コンセントにおいても、複数の治療法がある場合には、医師はそれらをすべて患者に伝えなければならないというのが原則であり、それぞれの治療法のメリットとデメリットを根拠に基づいて説明しなければならないとされる。医師は、自分の判断を患者に示す必要があるが、患者はそれにとらわれる必要はなく自分の意志で治療法の選択をすることができることも医師から伝えられる。

表 7-6 治療法は自分が決めたい

	度数	%
そう思う	79	12.3
ややそう思う	186	29.0
あまりそう思わない	205	31.9
そうおもわない	172	26.8
計	642	100.0

インフォームド・コンセントが普及してきたわが国でも、インフォームド・コンセントが実施される場合にはそのような手順が守られているものと推測される。それゆえ、治療法の自己決定はインフォームド・コンセントの中核となる理念だと言ってよい。反対に、パターンリスティックな医療では、治療法の選択は医師の裁量に任されている。もちろん医師は、患者の意向を付度しながら患者にあった治療法を選択するであろうが、患者の意志をそのまま反映する必要はない。両変数をクロスさせると次表のようになる。

表 7-6-1 治療法は医師に決めて欲しい×自分で決めたい

		治療法は自分で決めたい				
		そう思う	どちらかといえ ばそう思う	あまりそう思 わない	そう思わ ない	計
医 師 が 決 定	そう思う	20	39	84	130	273
	ややそう思う	16	80	97	21	214
	あまりそう思わない	19	53	21	8	101
	そうおもわない	24	11	2	13	50
	計	79	183	204	172	638

強く逆相関する($p < 0.001$)が、両変数を肯定する人たちが 24.2%に達し、かなり存在していることがわかる。自分も決定するが医師にも決定して欲しいということであるが、むしろインフォームド・コンセントの原則に沿った考え方であると言えるかもしれない。そうするとパターンリスティックな医療を選択する人は 52.1%となる。患者とすれば、専門的知識を持ち合わせていないのでいくら詳しい説明を聞いても素人判断を避けたいというのは現実的な感覚ではあるが、自分が受ける医療の主導権を失うというリスクを犯すことにもなる。カルテ開示の背景にはインフォームド・コンセントがあるが、この設問の結果は今の日本におけるインフォームド・コンセントに対する市民の意識を反映しているとみなすことができるだろう。

7-7では、医療ミスについて尋ねている。その結果、「自分も医療ミスをされる可能性が

表 7-7 自分も医療ミスをされる可能性がある

	度数	%
そう思う	213	33.2
ややそう思う	210	32.8
あまりそう思わない	150	23.4
そうおもわない	68	10.6
計	641	100.0

ある」と思う人たちが 66%あった。調査がやはり医療ミス報道の多かった時期に重なっていたこともこの数字に反映しているかもしれない。

表 7-8 医師は患者から質問されるのをいやがる

	度数	%
そう思う	105	16.4
ややそう思う	210	32.7
あまりそう思わない	222	34.6
そうおもわない	105	16.4
計	641	100.0

7-8 は、D-P コミュニケーションにおける医師のイメージを市民がどのように捉えているかを尋ねている。インフォームド・コンセントでは、医師から一方的に説明を受けるだけでなく患者も説明のわかりにくい部分は十分に問いただし同意しなければならないと考えられている。ただ、一般に診察場面でのコミュニケーションは医師主導で進められていくので患者が質問を差し挟むことは意外に困難であるかもしれない。結果は、肯定、否定がほぼ半々であった。それでは、医師とのコミュニケーションをとりづらいついて考えている人たちは患者の権利やカルテ開示をどのように捉えているだろうか。7 に属する他の変数を用いて、「医師は患者から質問されるのをいやがる」と思うグループとそう思わないグループとの間で判別分析を行ってみた（Wilks の λ は $p < 0.001$ ）。

表 7-8-1 判別分析（質問を嫌がる×開示・患者の権利）

	質問を嫌がる
カルテを見たいと言ったら医師は気を悪くする	0.828
自分も医療ミスをされる可能性がある	0.631
積極的にセカンド・オピニオンを求めたい	0.485
開示の法律を整えるべきである	0.384
説明が十分であってもカルテ開示は必要	0.368
開示が必要なのは医師の説明が不十分だから	0.355
治療法は自分で決めたい	0.348
患者はカルテを見る権利を持っている	0.340
治療法は医師に決めて欲しい	-0.247

「医師は患者から質問されるのをいやがる」と思う人たちが、同時に「カルテを見たいと言ったら医師は気を悪くする」と考えるのは当然として、その他の変数では、「治療法は医師に決めて欲しい」が否定されているほかはすべて肯定されている。また、「自分も医療ミスをされる可能性がある」が上位にくることからわかるように、医療に対する警戒心も強くもっている。全体として、医師とのコミュニケーションをとりづらいついて感じている人たちほど、権利意識が強く、カルテ開示を求めているとみることができる。

わが国でも次第にセカンド・オピニオンという用語が定着してきている。一部ではあるが、積極的にセカンド・オピニオンを進める病院も存在する。インフォームド・コンセントにおいても複数の医師が診断を示すことは必須の要件となっている。結果は、表にみるように「積極的にセカンド・オピニオンを求めたい」という人が 82%と圧倒的に多数であった。

表 7-9 積極的にセカンド・オピニオンを求めたい

	度数	%
そう思う	284	44.7
ややそう思う	237	37.3
あまりそう思わない	76	11.9
そうおもわない	39	6.1
計	636	100.0

小川はセカンド・オピニオンを「求めるときの望ましい条件として、①第一医の説明を十分理解していること、②資料がかしだせること、③自己決定できずに困っていること、④第一医への不信感に基づくものではないこと、⑤ドクターショッピングではないこと」をあげている〔小川圭子〔2003〕『カルテ開示とセカンド・オピニオンからみる「医師－患者」関係』甲南女子大学大学院博士論文：48〕。しかし、先の判別分析の結果が示すように、セカンド・オピニオンが求められる背景には第一医との間のコミュニケーション不全、医療への不信感がある疑いがぬぐいきれない。小川もドクターショッピングを否定するわけではないが、現状のセカンド・オピニオンはドクターショッピング的にならざるを得ないのかもしれない。

7-8 に近い設問であるが 7-10 では、カルテ開示を申し出たときに絞って医師が気分を害すると思うかどうかを尋ねている。

表 7-10 カルテを見たいといったら医師は気を悪くする

	度数	%
そう思う	163	25.5
ややそう思う	252	39.4
あまりそう思わない	147	23.0
そうおもわない	78	12.2
計	640	100.0

その結果、「医師は気を悪くする」を肯定する人が 64.9%と増加し、否定する人の 2 倍になった。一般的な質問をするのと異なり、カルテ開示の申し出は医師にとってもストレスフルであると市民は慮っている。たしかに、カルテを見ることが患者の権利であるとしても、開示を申し出ることによって医師の気分を害することになればその後の治療に悪影響があるかもしれないと考えとなかなか申し出ることにはできないかもしれない。

表 7-10-1 医師は気を悪くする×開示が進むと医師との信頼関係が壊れやすくなる

	カルテ開示が進むと医師との信頼関係が壊れやすくなる				
	そう思う	どちらかといえばそう思う	あまりそう思わない	そう思わない	計
医師が気を悪くする					
そう思う	14	37	56	54	161
ややそう思う	7	35	139	65	246
あまりそう思わない	2	13	78	48	141
そうおもわない	4	2	14	55	75
計	27	87	287	222	623

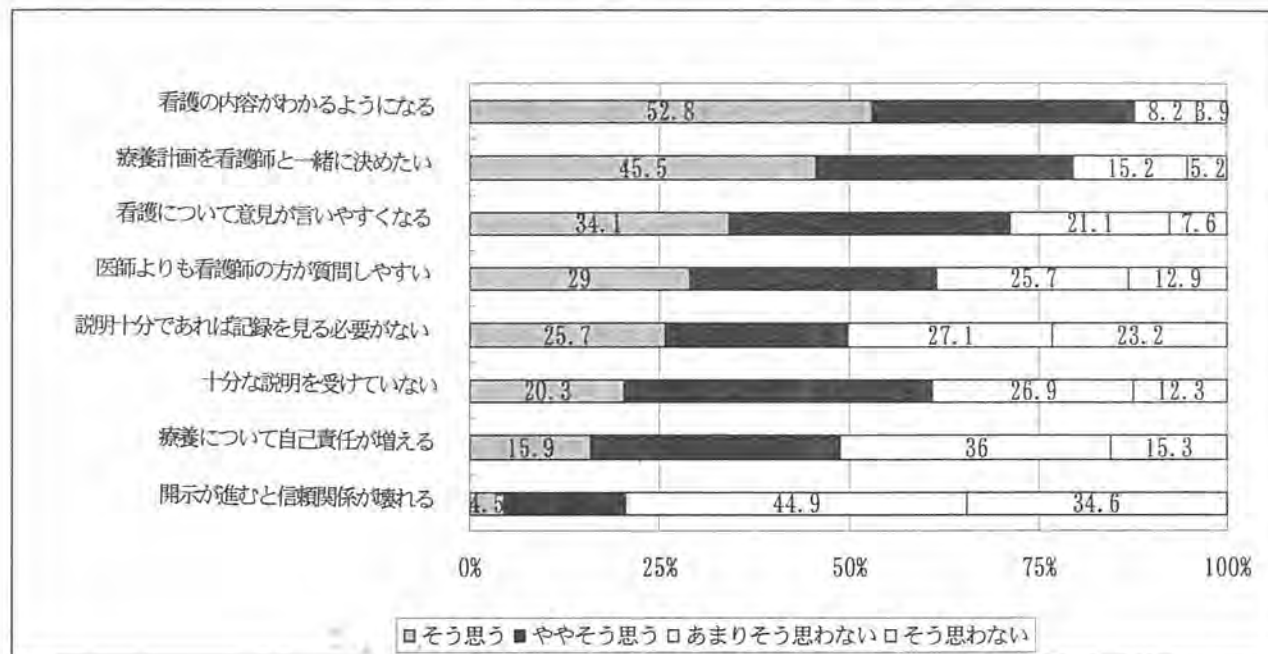
申請型のカルテ開示が伸び悩む理由として、開示の申し出によって医師との信頼関係が壊れるからではないかと考えられている。「カルテを見たいといったら医師は気を悪くする」と思う人は、表 7-10-1 に見るように「医師との信頼関係が壊れやすくなる」と考える傾向にある（ p

< 0.001) が、もともと壊れやすくなると考える人は少数なので、結果としては、医師が気を悪くしても信頼関係まで壊れるわけではないと考える人たちが最大多数を占めている。

8. 看護記録開示

診療録（カルテ）の開示とは別に、看護記録の開示が看護のありかたにどのような影響を及ぼすようになるかについて8項目について質問した。

図6 看護記録開示がの影響等について



カルテの場合と同じように、開示によって「看護の内容がわかるようになる」が上位に来ている。第2位に「療養計画を看護師と一緒に決めたい」が来たのは注目される。われわれがこの質問をしたのは、ある看護師へのインタビューから実際に患者とともに看護記録を作る実践を聞いたからである。第3位に「看護について意見が言いやすくなる」が来ているように患者は看護師とのコミュニケーションを求めており、療養計画作成を媒介に患者を看護過程に巻き込むといったケースは増えていくかもしれない。「医師よりも看護師の方が質問しやすい」という設問も肯定者の方が多い。看護師が医師と患者の媒介者になれることを示しているし、イギリスのように医療マネージャーとして働くことも可能になるかもしれない。その反面、「看護について十分な説明を受けていない」と思う人が60.8%あることは問題を残しているといえるだろう。

9. 社会的属性

9-1 性別

回答者の男女比は、女性の方がかなり多かった。

全調査項目を性別とクロスさせ χ^2 検定により有意差をがあるかを検討した。その結果、性別で有意差のみられた変数のみを列記すると、

表 9-1 性別

	度数	%
男性	289	41.9
女性	372	54.0
無回答・不明	28	4.1
計	689	100.0

「男性」に肯定者（「そう思う」と「ややそう思う」）が多かった変数は、「医師が新しい技術を提供すること（ $p < 0.01$ ）」と「治療法は医師に決めて欲しい（ $p < 0.001$ ）」であった。

一方、「女性」に肯定者の多い変数は、「家族間のトラブルを引き起こすようになる（ $p < 0.5$ ）」「医師が患者を信頼すること（ $p < 0.5$ ）」「治療法は自分で決めたい（ $p < 0.5$ ）」「セカンド・オピニオンを求めたい（ $p < 0.01$ ）」「医師よりも看護師の方が話しやすい（ $p < 0.5$ ）」であった。

これでわかるように、男性の方がパターンリスティックな従来の医療を容認し、女性の方がやや権利意識が強いという差が出ている。

9-3 居住地域

回答者の居住地域は表のとおりである。京都市と宇治市は大都市圏、和知町と京丹後市は郡部、福知山市は地方都市という区分が可能であろう。

表 9-3 居住地域（市町）

	度数	%
京都市	174	25.3
宇治市	73	10.6
和知町	147	21.3
福知山市	103	14.9
京丹後市	130	18.9
その他	10	1.5
無回答・不明	52	7.5
計	689	100.0

全変数と居住地域をクロスさせたところ、次のように大都市部（特に京都市）と郡部との間に有意差のある変数がいくつか見られた。

郡部に肯定者が多かった変数：「患者が医師を信頼すること（ $p < 0.01$ ）」「治療法は医師に決めて欲しい（ $p < 0.001$ ）」

大都市部に肯定者が多かった変数：「自分のカルテは自由に見ることができる（ $p < 0.5$ ）」
「患者はカルテを見る権利を持っている（ $p < 0.01$ ）」「法律を整えるべきだ（ $p < 0.01$ ）」
「説明が十分でも開示すべきである（ $p < 0.01$ ）」「治療法は自分で決めたい（ $p < 0.5$ ）」

「自分も医療ミスをされる可能性がある ($p < 0.01$)」「医師は患者から質問されるのを嫌がる ($p < 0.5$)」「カルテを見たいと言ったら医師は気を悪くする ($p < 0.5$)」「看護師から十分な説明を受けていない ($p < 0.5$)」

患者の権利とカルテ開示に関する変数では、大都市と郡部とでは意識の隔たりが大きい。カルテ開示が実施されている事実認識については地域差がないので、両者の違いは医療観、価値観の差である。大都市では様々な医療機関へのアクセスが可能であり、それらの優劣を患者は判断しなければならないが、郡部では特定の医療機関とのつながりが長期間続くといった医療環境の違いも反映しているのであろう。

9-4 かかりつけ医の有無

かかりつけ医のいると回答した人がそうでない人のおよそ2倍であった。

表 9-4 かかりつけ医の有無

	度数	%
いる	446	64.7
いない	231	33.5
無回答・不明	12	1.7
計	689	100.0

クロス分析をすると、かかりつけ医のいる人といない人のあいだには、多くの変数で有意差が見られた。特に、患者の権利に関する変数や看護記録開示に関する変数ではほとんどの変数に有意差があったので、これらは別途、判別分析を試みた。

表 9-4-1 判別分析（かかりつけ医×患者の権利とカルテ開示）

	かかりつけ医がいない
医師は患者から質問されるのを嫌がる	0.872
カルテを見たいと言ったら医師は気を悪くする	0.593
治療法は医師に決めて欲しい	-0.575
自分も医療ミスをされる可能性がある	0.376
説明十分であってもカルテ開示は必要	0.373
治療法は自分で決めたい	0.371
患者はカルテを見る権利を持っている	0.353
積極的にセカンド・オピニオンを求めたい	0.291
カルテ開示の法律を整えるべきである	0.248
開示が必要なのは医師の説明が不十分だから	0.118

「医師は患者から質問されるのを嫌がる」が第1位にくる。反対に、かかりつけ医のいる人は嫌がらないと思っていることになる。かかりつけ医のない人にとって医師は取っつきにくい存在なのだろうが、いる人にとっては気楽に相談できる相手なのであろう。「カルテを見たいと言ったら医師は気を悪くする」も同様であろう。そして、かかりつけ医のいる人が「治療法は

医師に決めて欲しい」と答えているのに対し、いない人は「治療法は自分で決めたい」と答えている。かかりつけ医のいない人たちの方が権利意識は強いが、一方では被害者意識も強いと思われる。

表 9-4-2 判別分析（かかりつけ医×看護記録開示）

	かかりつけ医がいる
医師よりも看護師の方が質問しやすい	-0.564
十分な説明を受ければ看護記録を見る必要がない	0.512
看護師から十分な説明を受けていない	-0.371
受けている看護の内容がわかるようになる	0.240
看護について意見が言いやすくなる	0.213
療養について自己責任が増える	0.126
開示が進むと看護師との信頼関係が壊れやすくなる	0.095
療養計画は看護師と一緒に決めたい	0.077

看護記録開示に関する変数群においても、コミュニケーションに関する変数で両者は別れる。かかりつけ医がいる人は、「医師よりも看護師の方が質問しやすい」と思っていない、つまり医師も質問しやすいと思っているし、「看護記録を見る必要はない」し、看護師からも十分な説明を受けていると思っている。医師ばかりでなく看護師とも良好な関係を気づいていると考えているようだ。医療者と親しいか否かは、医療に敵対的態度を和らげるという方向でその人の医療観を変え、ひいてはカルテ開示に対する意識にも影響していると思われる。

この二つの変数群以外で有意差のある変数をあげると、

かかりつけ医のいる人に肯定者が多かった変数は、「カルテ開示があると医療ミスをしたとき納得しやすくなる（ $p < 0.5$ ）」「最近かかった医師から十分な説明を受けた（ $p < 0.001$ ）」「医師が新しい医療技術を提供すること（ $p < 0.5$ ）」「患者も医学的知識を持つこと（ $p < 0.5$ ）」であり、

かかりつけ医のいない人に肯定者が多かった変数は、「医師が本当のことを書かなくなる（ $p < 0.5$ ）」「カルテ開示は家族間のトラブルを引き起こすようになる（ $p < 0.5$ ）」であった。やはり、「最近かかった医師、おそらくはかかりつけ医、から十分な説明を受けた」で最も大きな差が生じていた。

9-5 入院経験の有無

表 9-5 入院した経験がある

	度数	%
ある	474	68.8
ない	204	29.6
無回答・不明	11	1.6
計	689	100.0

入院経験のある人の方が多かった。しかし、入院経験の有無は思ったほど医療やカルテ開示に対する意識の差を生み出していない。入院経験の有無で有意差が見られた変数は次の4つだけであった。入院経験には、かかりつけ医のように患者と医療の距離を縮める効果はないのかもしれない。

入院経験のある人に肯定者が多かった変数：「患者と医師が対等な関係に近づく（ $p < 0.5$ ）」
「患者も医学的知識を持つこと（ $p < 0.5$ ）」「十分な説明を受けたなら看護記録を見る必要はない（ $p < 0.5$ ）」「医師（病院）を変えた経験がある（ $p < 0.5$ ）」

9-6 医師（病院）を変えた経験の有無

医師（病院）を変えたことのある人は表にみるように36.9%であった。

表 9-6 医師（病院）を変えた経験がある

	度数	%
ある	254	36.9
ない	417	60.5
無回答・不明	18	4.1
計	689	100.0

この経験の有無は、多くの変数において有意差（ χ^2 検定）を生じている。なかでも、患者の権利とカルテ開示についての意識の変数群ではすべての変数に有意差が見られた。そこでこの変数群で判別分析をすると次のような結果を得た（Wilks の $\lambda < 0.001$ ）。

表 9-6-1 判別分析（医師・病院を変えた経験×患者の権利とカルテ開示）

	変えた経験あり
医師は患者から質問されるのを嫌がる	0.672
自分も医療ミスをされる可能性がある	0.660
カルテを見たいと言ったら医師は気を悪くする	0.638
積極的にセカンド・オピニオンを求めたい	0.602
治療法は医師に決めて欲しい	-0.598
説明十分であってもカルテ開示は必要	0.347
カルテ開示の法律を整えるべきである	0.337
患者はカルテを見る権利を持っている	0.314
治療法は自分で決めたい	0.280
開示が必要なのは医師の説明が不十分だから	0.262

医師（病院）を変えた経験のある人と、先のかかりつけ医がいない人とでは構造行列の並びが非常に良く似ている。「治療法は医師に決めて欲しい」以外は、すべて肯定されている。特に医師に距離を感じている点で、医師（病院）を変えた経験のない人と大きく異なっている。権利意識も当然ながら強い。医師や病院を変えねばならなかった経験がこのような医療に対する見方を醸成したのだろうか。

判別分析に用いた変数以外の変数とのクロス分析において有意差が見られたのは以下のとおりである。

医師（病院）を変えた経験のある人に肯定者が多かった変数は、「カルテを見たいと思ったことがある（ $p < 0.001$ ）」「医師が本当のことを書かなくなる（ $p < 0.01$ ）」「治療に疑問がある時それを指摘できるようになる（ $p < 0.5$ ）」「患者も治療責任を引き受けなければなくなる（ $p < 0.01$ ）」「自分のカルテは自由に見ることができる（ $p < 0.01$ ）」「診療内容を書いたものをもらえる（ $p < 0.01$ ）」「医師がセカンド・オピニオンをすすめること（ $p < 0.5$ ）」「患者も医学的知識を持つこと（ $p < 0.01$ ）」「患者と接する時間を今より多くとること（ $p < 0.5$ ）」「看護師から十分な説明を受けていない（ $p < 0.001$ ）」「居住地域の京都市、宇治市（ $p < 0.01$ ）」であり、これに対して

医師（病院）を変えた経験のない人に肯定者が多かった変数は「最近かかった医師から十分な説明を受けた（ $p < 0.001$ ）」の一つだけであった。

医師（病院）を変えた経験のある人は、今の医療に批判的であり患者の権利の慎重に関心があることがわかる。

9-9 セカンド・オピニオンの経験の有無

セカンド・オピニオンの経験者は少ないが、それでも 17.7%ほど存在する。

表 9-9 セカンド・オピニオンの経験

	度数	%
ある	122	17.7
ない	539	78.2
無回答・不明	28	4.1
計	689	100.0

医師（病院）を変えた経験と同様に患者の権利の変数のすべてにおいて、セカンド・オピニオンの経験の有無は有意差を生じていた。

表 9-9-1 判別分析（セカンド・オピニオンの経験×患者の権利とカルテ開示）

	経験あり
自分も医療ミスをされる可能性がある	0.691
積極的にセカンド・オピニオンを求めたい	0.690
医師は患者から質問されるのを嫌がる	0.601
カルテを見たいと言ったら医師は気を悪くする	0.579
治療法は医師に決めて欲しい	-0.577
治療法は自分で決めたい	0.564
説明十分であってもカルテ開示は必要	0.459
カルテ開示の法律を整えるべきである	0.378
患者はカルテを見る権利を持っている	0.244
開示が必要なのは医師の説明が不十分だから	0.217

この変数群を用いた判別分析の結果は表 9-9-1 の通りである。

セカンド・オピニオンの経験がある人たちなので「積極的にセカンド・オピニオンを求めたい」が上位にくるのは当然だが、同時に医師に対して距離感を感じているように見える。

全変数とのクロスから経験の有無で有意差があった変数を抜き出すと、

セカンド・オピニオンの経験がある人に肯定者が多かった項目は、「カルテを見たいと思ったことがある ($p < 0.001$)」「医療内容が理解しやすくなる ($p < 0.5$)」「治療に疑問がある時それを指摘できるようになる ($p < 0.5$)」「医療ミスが減る ($p < 0.5$)」「治療内容を確認できるようになる ($p < 0.01$)」「カルテ開示によって医療ミスを納得しやすくなる ($p < 0.5$)」「自分のカルテは自由に見ることができる ($p < 0.5$)」「看護師から十分な説明を受けていない ($p < 0.5$)」であり、

セカンド・オピニオンの経験がない人に肯定者が多かった項目は見あたらなかった。

セカンド・オピニオンの経験がある人と医師（病院）を変えた経験がある人とは、類似した回答傾向を示すが、カルテ開示に対する期待感が異なっていることがわかる。前者は、カルテ開示によって医療が改善すると考えいるが、後者にそのような点はいくつか見えない。後者が医療への不信を動機としているのに対して、セカンド・オピニオンとはカルテ開示を求める行動と同様により確かな医療情報を求めている行動だからであろう。

9-10 医療従事者

回答者の中の医療従事者の割合は 7.0 % であった。

表 9-10 医療従事者か否か

	度数	%
はい	48	7.0
いいえ	612	88.8
無回答・不明	29	4.1
計	689	100.0

医療従事者のケース数が小さくクロス表による分析が困難だが、「カルテ開示を知っている」については医療従事者の方が割合が高く、有意差が認められた ($p < 0.001$)。

2章 イギリスの医療とカルテ開示

1. NHS 改革

イギリスの医療が NHS (National Health Service) という制度によって成り立っていることはいうまでもない。国民皆保険により医療費の個人負担が無いこと、しかし、医療機関の選択は地域の GP (General Practitioner) に限定されており、特別の場合以外は病院に直接かかることはできないといった点を特徴とするシステムである。NHS 法が 1946 年に制定されて以来、基本的な仕組みは維持されているが、多くの改革が重ねられて今日に至っている。特に、サッチャー首相が登場した 80 年代以降、経営・財政面での改革は、競争原理を導入し採算性、効率性を追求するものになった。GP が予約制であるため、診療が間に合わず病状が悪化するなど「第 3 世界並みの医療」といわれたサービス面に見られた構造的問題点は改善の兆しがあると言われるが、一方で医療費の抑制が医療の荒廃をもたらしたとする意見もある (cf. 近藤克則 [1997] 『医療費抑制の時代』を超えて』医学書院)。

2000 年にイギリス保健省は議会に対し、“The NHS Plan--A plan for investment, A plan for reform” と題する答申を示している。そこには、現在進行している NHS 改革の基本プランが示されている。序言でブレア首相は、NHS の財政的危機を訴える一方 EU 並みの医療を目指すとして述べている。それゆえ「radical changes」が必要であるというのだが、ここでは市民や患者の権利については触れられていなかった。後述する小川の見解が教えるように市場原理の中で患者の権利をめぐる地盤の変化が生じているのかもしれない。少なくとも対医療機関だけでなく、対医療制度に対しても受療する権利を含め再考する段階にこの国が来ているのではないかと考えさせられる。同報告書では、次のような点が NHS の欠陥として指摘されている。そこには、

「・赤字体質 ・全国レベルの基準が欠けている ・スタッフ間の縄張り意識 ・明確な優先順位の欠落 ・過度の集権化 ・権限のない患者」

といった 8 つの中項目が並べられているが、8 番目にあげられた「権限のない患者 (Disempowered patients)」には次のように書かれている。

2.33 サービス機関と患者の関係は過度にヒエラルヒカルかつパターンリスティックである。それは、1940 年代の公的サービスを反映したものである。患者は、自分自身の保健記録 (health records) を所持していないし、自身の保健治療と一致しているかを知ることではない。NHS 内にある苦情システムは信用されていない。患者は事態が悪化したときそれを矯正する権利をほとんど持たない。

2.34 患者の声は、効果的にサービス部門へ影響を及ぼすことはない。地域コミュニティは、NHS の意志決定構造の内部に代弁者を持たない。NHS と患者の関係を変えようとした地方や国による多くの改善策はあったが、文化全体が今世紀ではなく前世紀のものだ。NHS のなかで患者に新しい権限を与えることは、患者中心のサービスを開く鍵の一つである。

後述するように、イギリスではカルテ開示は認められている。それにも関わらず、ここでは患者が自分の「保健記録」を持たないことが NHS の問題点として述べられる。また、医療サービス機関と患者の関係が、NHS の発足時と変わらないばかりか、19 世紀のそのままだと誇

張れている。(ただ、実際にイギリスの医療機関での患者と医療者との関係を観察していると、表面上は日本とほとんど変わらないように見える。医師が高圧的であるということはないが、患者は医師に対してやはりへりくだっているようであった)

以上の、問題点に対して対策が提案されていくわけだが、同報告書では、「患者のための変化」という1章を設けて列挙してある。中項目は、以下の順に8つ並べられている。

「・患者に権限を与えるための情報 ・患者の選択を拡張する ・患者の保護 ・新たな患者の意志を代弁するサービス (advocacy service) ・矯正権 ・患者の視点 ・NHS の監視 ・NHS を通して代表される患者」

「患者に権限を与えるための情報」では、まず 10.2 項で「患者は、自分自身の健康や地域保健サービスをどのように探求すればよいかについて、より多くの情報を持つことになるであろう」と謳われている。さらに、その方法として「NHS 直結のオンライン」から健康情報を得るシステムの整備について触れられている。続く 10.3 項がカルテ開示について触れている。

「患者は、実際には専門職間のコミュニケーションは入手できないにしても、医療記録を閲覧する権利を持っている」と述べられている。また、この項の付記には、「患者について交わされた医師間の書面」を複写して患者に渡さねばならないこと、インフラが整備され電子化が進めば「スマート・カード」が患者に渡され、そうすれば「容易に医療記録にアクセスできるであろう」と述べられている。NHS が医療記録 (カルテ) の電子化を進め、それによって開示を容易にしようと計画していることがわかるだろう。いずれにせよ、患者が医療情報を得ることは、患者を empower する (権限・力を与える、鼓舞する) ことにつながるというのがイギリス政府の見方である。

「患者の選択を拡張する」の 10.5 項では、GP をリストから選択できるようにすることが提案されている。これについては、われわれ自身その実態を後に確かめることになる。10.6 項では、同じく病院の選択について述べられている。そこでは、患者がすべての病院のサービスをネット上で比較して選択できるようにするという案が述べられている。が、現状は 10.7 項で指摘しているように、GP が自分の地域の病院に患者を送ることですまされている。ただ、92% の患者はその結果に満足しているとの数字も紹介している。

「患者の保護」は、最も多くの項が並んでいるが、増加する医療ミスから患者を守るシステムについて論じている。医師、特に GP や看護師の教育、人事異動のありかたなどについて提言されている。

「新たな、患者の意志を代弁するサービス」は、近年わが国でも注目を浴びつつある。アドボカシーの導入を提言している。10.17 項では、「患者は、NHS が期待に沿わないと考えた場合、そういった関心を表明しなければならない」と述べている。患者側も、医療に不満があるならばきちんと表明する義務があるということである。(この点の含意については、5. において小川の意見として論じている) 10.18 項によると、「患者の意志を代弁するチーム」が設けられることになっている。また、「患者の意志を代弁する機関は、必要ならば患者や家族を苦情申し立てへと誘導することになる」(10.19) とも記されている。アドボカシーを NHS の一制度として根付かせようという政策提言である。患者の権利擁護や保護という意味もあるが、迅速な対処によってトラブルが拡大しないようにするといった狙いも込められている。

「矯正 (redress) の権利」という考え方は、NHS に固有の事情から来るものかもしれない。参照の箇所は、インフォームド・コンセントにおいて、患者が自分にとって不利だと考えれば

治療を中止したり、変更したりする権利があることが引用されている。「矯正権」は、いわばその NHS 版である。10.20 項では、事態が悪化したとき、患者にはそれを矯正する権利があることが主張される。続いて、10.21 項では、「患者には苦情を述べる権利がある」と述べられる。これまでの NHS は、そのような苦情に迅速に対応していなかったという反省から、怠慢に終始することなく、まず謝罪することから始まり、苦情が繰り返されないようトラブルから学ぶ必要があると教訓を述べている。そして、10.22 項には次のように記されている。

2001 年までに、現行の患者憲章をあらたな NHS 憲章に変更する。そこでは、人びとがどのように NHS へアクセスできるのか、何が患者に対する NHS の責務 (commitment) であり、NHS のなかで患者が有する権利 (rights) と責任 (responsibilities) は何であるのかを明確にしている。

この新しい患者憲章の意義については、やはり小川が論じているので 5. で紹介しよう。矯正は、患者側が行動を起こすことによって可能になり、それが患者の責任でもあるという論理がここには垣間見られるであろう

「患者の視点」では、まず、これまでも患者組織による医療のチェックが行われてきたことが指摘され (10.23 項)、今後は、「患者フォーラム」を NHS 信託病院ごとに設けて、患者やボランティア団体を参加させることが打ち出されている。(これについても、われわれは訪問先のリバプール大学病院で話をうかがうことができたし、実際にそのメンバーが院内に部屋を与えられて活動している様子を見ることができた)

「NHS の監視」では、地方機関 (10.25 項) や地方自治体 (10.26) などのチェック機能が述べられている。

「NHS を通して代表される患者」では、「総合医療協議会 (General Medical Council)」をはじめとする各種専門職機関や諮問委員会に「素人」のメンバーを入れることを提言している。

以上、現在の NHS の姿を決定することになった、2000 年の医療改革について、患者の権利に関わる部分を中心に見てきたが、そこからは、患者中心の医療をすすめる、サービスを向上させるということとともに、NHS の制度維持のために、患者、市民の積極的参加を義務づけ、一定の責任を果たすことを求めるという構図が浮かび上がってくる。わが国は、まだ患者の権利擁護という段階にあるが、将来、医療制度改革が進む中で、医療費の受益者負担のみならず、医療の監視や制度改革への参加がイギリスと同じく求められるようになるかもしれない。

2. GP

われわれが訪れた 2004 年初頭のイギリスは、まさしくブレア政権下で医療改革が進んでいるさなかであったことになる。当初、われわれはサービス面の悪さとその一方で日本よりも進んだ患者の権利擁護、したがって日常的に医療情報の提供や開示が行われるという予測を持っていたのだが、いずれもある意味で裏切られることになった。

われわれが滞在したウィラル地域の GP をいくつか訪れたのだが、施設は日本の診療所と遜色がないというよりももう少し快適であった。スタッフの対応も悪いものでなかった。待合室にはその GP を宣伝するパンフや疾患の説明するリーフレットが並べられていた。どの GP のパンフにも書かれていたのは、GP の選択が市民の自由である点であった。つまり、自宅に最

も近い GP を選択する必要はなく、自分が住んでいる地域のなかで気に入った GP を選択することが可能となっている。サービスの悪い GP は患者が集まらないという仕組みになっているのだ。



* ウィラルにある GP の入り口の案内板 日本と同じように曜日毎の診察時間が表示してある。



* 同じく保健センターの表示板

パンフにも書かれていたが、GP が予約制である点には変わりなかった。緊急性がない場合は、1 週間、2 週間待たされるのは通常のような。また、検査機器は GP の元に揃っていないので、レントゲンや血液検査は複数の GP が共同で利用する保健センターに行かねばならない。したがって、日本のように短時間で検査結果を知るというわけには、やはりいかなうようだ。

ただ、Walk-in Center という GP とは別の医療機関も併存していた。

ウィラルでは保健センターに併設されていたが、リバプールの町中では独立して開設されていた。WiC は、いわば救急診療機関で予約を待たずに診察を受けることができる。しかも、診療時間が夜間にまで及んでいるので利便性が高い。外傷の処置や急な痛みがある場合、WiC に飛び込めば対応してもらえる。ただし、緊急時の対応であるのでその後の処置は各患者の GP に任されるとのことであった。予約で先延ばしされた場合、緊急と言うことで WiC を受診することが可能なようだ。日本の診療所と変わらない感覚だった。



*ウィラルの Walk-in Center

3. 病院

NHS の元では、病院は外来で訪れる場所ではない。多くは GP から送られてくる重病者を対象とする高度医療が施される施設である。われわれが訪れたリバプール大学付属病院



*リバプール大学病院

は典型的にそのような地域の中核施設であった。地元出身のミュージシャンとして誰もが知っているビートルズのメンバー、ポール・マッカートニーの妻で乳ガンのため亡くなったリンダ夫人を記念して建てられた寄贈病棟がガン病棟の一つとして建てられていたのは象徴的であった。案内の労を取っていただいたのは、リバプール病院の General Manager である A 氏であった。彼は医師ではなく、ビジネススクール出身の経営スペシャリストということで、まさしく医療改革の申し子のような人だった。ガン病棟を見せてもらいながら行ったインタビューの内容もかなり NHS や経営をめぐる問題を含んでいた。

〈インタビュー〉病院と GP の関係

新患があったときについて

A : …患者には診断を下すためまず検査を受けてもらいます。そして 14 日間ここに来ます。

Q：GP の後で？

A₁：GP で乳ガンでおかしいと言われた人たちは、外来で2週間のあいだ通うんです。その間に検査をします。

A₂：女性たちは非常にダメージを受けていて動揺してパニックになっていますから、心理的なケアをします。1週間くらいで結果が出ますが、その後 GP に患者の状態を問い合わせます。

Q：GP にですか？

A₂：そうです。GP は専門家ではないので心理的なケアはできません。いつも必要というわけではないのですが。

GP が重症者を病院に送った後、必ずしも直ぐに入院となるわけではなく。いったんは外来で検査等を受けて入院の必要があるかどうか診断するシステムになっている。その間、この病院では、重症ということで心理的に問題を抱えた患者には Medikare だけでなく心理的なケアも提供することである。その際に、患者がどのようなパーソナリティの人物であるのかは GP に尋ねることになっているようである。日本で言うならば病診連携だが、GP 制のもとではより重要な意味を持つので両者の関係ははるかに整っているように感じた。

〈インタビュー〉ガン告知

Q：ガン告知をしない場合はあるんですか？

A₁：自分が言ってくれるなという場合には本人の希望にしますが、もし親戚とかそういう人が言ってくれるなという場合には、それは考慮しません。あくまでもその～患者の、患者が決めます。

A₂：親戚や家族ではだめです。

A₁：わたしたちは患者がどうしたいかにしたがわなくてははいけませんね。



* ガン病棟での昼食メニュー

ビーンズ、ポテト、フライ、スープの4品。あまり栄養バランスが良いとは思えないのだが…

インフォームド・コンセントの難問として語られることの多いガン告知だが、イギリスでは当然のように行われていると考えていた。かつての日本や台湾では家族が告知を差し止めた場合には本人にも告知しないのが普通だった。イギリスでは、近親者がガン告知をためらっても本

人が望めば本人の意志に従うという原則が貫かれていそう。患者本人が告知を断れば告げないという。あくまでも患者本人の意志が優先される。ただ、ガン告知は「心理的にストレスフル」だと受けとめられているようで、病棟やホスピスでは心理的ケアが必要と考えられ行われているという話がこのあと続いた。

〈インタビュー〉カルテ管理について

Q：カルテの管理はどのようにしていますか？

A：医療記録は全部手書きです。いま 10 年がかりでカルテをコンピュータ化しています。そのうえで病院間で医療記録を共有します。ネットで。患者もこのシステムに接触するようになります。患者が詳細な情報に接するのはよいことです。今は医師と看護師だけが医療記録に接近し、そうしたいと思うと持ち出しますしね。

Q：彼らだけが医療記録を所有している（own）ということですか？

A：そうです。

（中略）

A：私は、次のようなことも心配しています。誰もが記録の全体にアクセスできるようになるんですが、医師は患者の備忘録（notes）を持つように…賢いですから。私たちは複雑なシステムに対応しなければならなくなりそうです。

医療記録は、イギリスでも電子化を進めているとのことであった。患者が医療記録を入手できるとする法律はあるが、現状は紙カルテであり医療者だけが自由に使っているというニュアンスであった。今後、電子化が進むと近隣の病院と情報を共有できるばかりでなく、患者にもアクセス権が認められるようになるとの見通しをもっとおられた。もっともそうになると、日本でも危惧されるように、医師は電子カルテに書かないことを自分用の notes に書くことになるのでは、と回答しつつ GM 氏は苦笑しておられた。

4. ホスピス

われわれは、リバプール市の対岸に広がるウィラル地区にある 15 カ所のホスピスの一つである St.Jones ホスピスを訪れ、マネージャー（看護師出身）に話をうかがった。ホスピスはイギリスから発祥したものだが、わが国で現在広まっているホスピスの大半がいわゆる病棟ホスピスであるのに対して、独立した施設として地域ごとに運営されており、財政的にも NHS への依存は小さく地域のボランティア活動に支えられている。われわれは同ホスピスを訪問する前に、このホスピスが運営するチャリティ・ショップも訪れて話を聞いている。

聖ジョーンズ・ホスピスは写真で見るように広い敷地のなかにゆったりと建てられていた。入院可能患者は 15 床で、外来で一日あたり 48 人の患者があると言っておられた。

〈インタビュー〉マネージャーの役割

Q：あなたは医師でしたか？

A：いえ、マネージャーです。患者ではなく働く人たち、ケアするナースをケアする仕事をします。ケアに必要とあれば心理学者も呼んでくれます。…おもに心理療法士さんですが、例えば、看護婦さんがすごく若いとかもっとドラマティックなシーンで、みんながどんな

ことに直面しているかフォローする、そういうシステムが備わっています。

(中略)

外部に相談する電話を持っていて、自分のうちのことでもいいし、仲間のことでいいし、患者さんのことでもいいし、もしも悩んだらこの中で解決しないというシステムもあります。秘密は守られます

Q：全国的にそうですか。

A：ええ。医師も相談してますよ。



* 聖ジョンズ・ホスピスの遠景
奥の2階建てが入院病棟



* ホスピスのエントランス

ホスピスのマネージャーの方は、財政面仕事にも携わっているが、医療では直接患者に接するのではなく、患者をケアするチームをフォローする役割を果たしているとのことであった。死に行く人を看取る仕事に携わる職員の中には心理的に問題を抱えるケースが生じやすい。話し手のマネージャの方はケア・チームをスーパーバイズしておられ、スタッフの相談にのる立場にあるのだが、彼女の手之余るときは心理カウンセラーをチームに加えるなどの対応をしているとのことであった。その他、外部にも相談所を設けているとの話である。

〈インタビュー〉ガン告知について

Q：ガン告知をされますか。

A：はい。告知を受けているけど自分が死ぬとは思えないという人がいますね。

Q：ターミナル段階の告知はどうですか。

A：医師はだいたい言いたがらないけども、そういう事態がおこってきたときにはあと3日とか4日とか、そういうことは医師が言います。

Q：この施設に入るのは患者の意志ですか。

A：GPが助言して他の施設を勧めることもあります。ここに入るかどうかの最終決定はこの医師がします。

ガン告知についていろいろと尋ねた冒頭の部分である。リバプール病院でもそうであったが、ガン告知は普通のことのようであった。ただ、ガン告知の後の対応も充実しているようでそれ自体が治療の一環のようであった。日本のホスピス病棟と異なり、患者は、基本的には自宅で療養しており、処置を受けるためにホスピスを定期的に訪れるというシステムになっているようであった。化学療法などが終われば帰宅するので患者数の割に病床数は少なくて済むようであった。ホスピスの訪問で印象的であったのは多くのボランティアが活動を支えていることだった。われわれが訪れたときも清掃やグッズの販売、患者の世話などに地域の方が多く来ていた。GPにせよホスピスにせよイギリスの医療が地域コミュニティという基盤の上にあることを実感できた。

5. 権利から責任へ

われわれは、患者の権利擁護の先進国としてイギリスを選択した。上述した2施設に於いてはいずれもインフォームド・コンセントが徹底されているように見えた。いずれもガン告知がされるのは当然といったふうであり、われわれの質問したい彼らには奇妙なものと写ったであろう。また、いずれの施設も市民がボランティアとして積極的に参加していたことも印象的であった。

しかし、小川（小川圭子〔2005〕「権利から双方向的責任への転換－英国「患者憲章」および「NHS 利用の手引き」の比較検討から－」『甲南女子大学・大学院論集・人間科学研究編』第2号：83-90）によれば、イギリスでは「NHS 利用の手引き」から患者の権利という言葉が消えつつあるという。

小川の論文から、1991年の「患者憲章」を引用してみると、彼女が指摘するように「患者の権利という言葉」が多用されていることがわかる。

「意志への登録と登録の変更について」（概略）

- ・あなたは（1カ所の）GPに登録する権利があります。
- ・あなたは、地方の自治体にあなたのGPを2日（休みの日は除く）以内に探してもらうことが期待できます。現在この基準は満たされています。
- ・あなたは容易に、かつ、早急にあなたのGPを変更する権利があります。
- ・あなたは地方の自治体に2日（休みの日は除く）以内に、医師のリストと変更方法の詳細

を送付してもらうことができます。

- ・ GP を変更した場合、医療の記録を地方の自治体に早急に送付してもらうことができます。
- ・ これは、緊急時は 2 日（休みの日は除く）以内に、他の場合は 6 週間という意味です。この基準に関しては、現在、緊急に関しては 10 件中 8 件、その他の通常のケースでは 10 件中 7 件以上の割合で基準を満たしています。

「健康のチェックについて」

- ・ あなたは初めて GP にかかる時、健康チェックを願い出る権利があります。
- ・ あなたは 16-74 歳で、3 年間チェックを受けていないなら、健康チェックを願い出る権利があります。
- ・ あなたは 75 歳以上なら、年に 1 回、診療所または自宅で健康チェックを受けることができます。

「薬について」

- ・ あなたは適切な薬を処方してもらう権利があります。あなたが年金生活者、60 歳以上、16 歳以下の子ども、フルタイムで勉学中の 19 歳以下の青年、妊婦、養母、個人的に多くの問題を抱えている場合のうちいずれかに属するならば、薬は無料でもらえる権利があります。

「診療所憲章」について

- ・ NHS は GP 憲章をつくるように勧めています。そこにはあなたが期待できる医療の基準およびあなたが協力できることが記載されるでしょう。記載されるべきこととしては、開業開始時間、予約方法、キャンセル方法、検査の結果の入手、自己健康管理法、繰り返しの処方箋、子どもを持つ親や身体障害者に必要な設備・院内処方、院内の苦情などがあります。憲章の作成に関しては 1993 年 6 月までに 14%、現在までに半数以上が基準を満たしています。[小川：84-85 より引用]

小川によれば、憲章全体では、「17 カ所に権利という言葉が表れ太字で強調されて」おり、「あなたは権利があります（You have a right to）で始まる具体的な権利事項が 22 カ所みられる」という。

小川が言うように、この患者憲章では患者の「権利」という言葉が多用されている。しかしその大半は NHS が提供しているサービスを受けることが「権利」とであると言い直され記されたものだことがわかる。近年、日本の病院入り口に掲げられることの多い患者憲章にみられるような、医の倫理やインフォームド・コンセント、カルテ開示に関する事項は見あたらない。GP 変更の際に医療記録を送付するというのも、日本の医療機関では当たり前と思えるサービスである。いわば、適切な医療を受ける権利を具体化し、そのうちのあるものを権利として掲げているという印象を受ける。権利と称されないサービスは、「期待できる」と記されているが、両者の差は小さいように思われる。

ただ、「診療所憲章について」の内容は興味深い。そこでは、患者が期待できるサービスが記載されるだけでなく、患者が協力できることも記載されるとされているからだ。「院内の苦情」がおそらく後者に該当するのであろう。先に紹介した 2000 年の NHS 改革 “The NHS Plan” につながるコンセプトの萌芽を見ることができる。

次に小川は、2000 年に作成された「NHS 利用の手引き」を訳出して、患者－NHS 関係の変

化について検討している。「NHS 利用の手引き」は7章からなっているが、その第1章、「NHS の基本方針」は、次の10項目の「あなたへの責務 (commitment)」を掲載している。

NHS は、

1. 支払い能力には関係なく、臨床的な必要性に基づいた普遍的な医療サービスを提供するよう努めます。
2. プライマリーケア、コミュニティケア、中間的ケア、病院のケア、医療情報の提供、健康促進などの包括的かつ幅広い医療を提供するように努めます。
3. 個々の患者、家族、ケアをする人の必要性と好みに応えるように努めます。
4. それぞれの地域に住む人びとの別個のニーズに応えるように努めます。
5. 絶えず、医療の質を改善し、医療上の過ち (errors) を最低限にとどめるよう努めます。
6. NHS で働く人びとを支え、大切に処遇します。
7. ヘルスサービスのための公的な資金はもっぱら NHS の患者のために充てられます。
8. 患者への医療サービスが途切れてしまうことがないように他の職種などの人々と協力し働くよう努めます。
9. 人々が健康であるよう援助し、健康上の不平等を軽減するよう努めます。
10. 個々の患者の秘密を守り、医療サービスや治療、治療効果に関する情報への開かれたアクセスを提供するように努めます。[小川：85]

(医療情報開示との関連では、2 と 10 に医療情報の提供が出てくる。特に、10 のそれはインフォームド・コンセントを示唆しているように思われる。また、個人の医療情報は開示よりもまず保護の対象であることが 10 の表現から伝わってくるであろう) 小川が指摘するように、ここではまったく患者の「権利」という言葉は用いられていない。“The NHS Plan” には、まだ患者の権利という言葉は残されていたので、欠如がより際だって感じられる。「患者憲章」では、患者の権利あるいは期待できますとされたサービス内容が、ここでは NHS 側が果たすべき「責務」とされていることになる。

その一方で、患者が NHS の責務、つまりサービスを得るためには、果たすべき責務の数々があると記してあるのが「NHS 利用の手引き」の第2章である。

あなたが、責任ある態度で (responsibly) NHS を利用するなら、NHS をより有効に活用できるでしょう。

1. 自分の健康のために自分自身でできることはしてください。また、健康なライフスタイルについてのアドバイスに従ってください。
2. 自分で治してください。(例えば、咳、感冒、喉の痛みなど、よく起こるような軽い病気の時は家庭で治療してください)
3. できるなら献血してください。また、ドナーカード、特殊な必要事項を書いたカードやブレスレットを携帯してください。
4. あなたの治療や薬に関するアドバイスを注意深く聞いてください。また、あなたが過去に受けた治療について医師に伝えてください。
5. NHS の職員、患者仲間、ケアする人々、訪問者に礼儀正しくそして敬意をもって接し

てください。暴力行為、人種的・性的・言葉のハラスメントは受け入れることができません。

6. 予約時間を守ってください。万が一、守ることができない時はできるだけ早く、GP、歯科医、クリニック、病院に伝えてください。
7. 不要な備品は戻してください。
8. 支払うべき処方薬などの料金を即座に支払ってください。また、給付金や免除は正確に請求してください。
9. あなたに必要な医療を探すために、この手引きをお使い下さい。[小川：86]

非常に細かい内容だが、これらの「責務」を日本の患者に要求すればどのような反応が得られるであろうか。1 や 2 は患者に健康への自助努力を求めているが、感冒にかかったから受診するんだからカゼぐらいで来るなというのであれば医療機関はいらないではないか、感冒だと思っても別の病気が隠れているかもしれないと素人判断できないではないかといった声が日本ではすぐに上がりそうである。3 も、ドナーカードの記入、携行は日本では個人に任されているのでとても義務づけることなどできそうにない。4 はコンプライアンスを前提にしている。“The NHS Plan”には「患者の見方」という項目があったが、ここでは近代医療にコンプライアンスを示さないような患者の見方は許容されそうもない。全体に、NHS は、NHS を利用するのならば、NHS の医療活動を阻害しないように行動する責務が患者側にもあると主張している。このような変化は、患者の立場が強くなり、医師や NHS と対等になったと判断されたためであろうか。小川によれば、この改定は前の患者憲章が NHS のスタッフには「自分たちのもの」と捉えられなかったため機能していなかったからだという。1991 年の憲章は、スタッフにばかり責任が押しつけられた「患者よりの憲章」だと感じられていた。したがって、小川は、「NHS 利用の手引き」では「①患者の責任が限定され明確に提示してあること、②この責任の内容に NHS の価値観が入っていること」に注目できると述べ、イギリスにおいても「『権利』は決してスムーズに受けいられているわけではなく、それに関わる様々な人のポリティカルな動きが反映している」[小川：89]と結論づけている。

患者が医療に参加し、その権利も守られているように見えたイギリスだが、患者－医療者のあいだになお超えがたい壁があるのはわが国とかわらない。ただ、患者の発言権が今まさに強まりつつあるわが国では、今後ほどなくしてイギリスと同じように患者に対する医療スタッフからの不満が強まっていく可能性があると予想できる。われわれのインタビューでもそのような声は聞こえてきていた。患者－医療者関係における新しい課題だと言える。その際、わが国でも「権利」という言葉に変えて、相互の「責務 (commitment)」や「責任 (responsibility)」という言葉が関係性を表すのに用いられるようになるかもしれない。

6. 秘密保持と開示

最後に、わが国の医療情報開示の行方をしるもう一つの手がかりとして、医療情報開示に関するイギリスの法律について検討しておきたい。

イギリスでは、個人の医療記録・情報は開示の対象であるだけでなく、むしろ秘密保持 (confidentiality) の対象として早くから語られてきた。もちろん医療情報が誰のものかという所有権 (ownership) をめぐる議論もないわけではない。患者は自分たちについての情報であ

るので患者に帰属すると主張し、医師は医療のために自分たちが作り出した情報であると考え、国は NHS のものだと考える (cf. David Cook [1993], *Patient's Choice*, Spire.) この議論は三者ともに所有を主張できるという解釈に落ち着いているようだ。ここから、患者といえども自動的に医療記録にアクセスできる権利を持つものでないという解釈も生まれる。それゆえ、イギリスにおける議論の主眼は、情報が本来誰に帰属するかよりもその情報が記載された記録に誰がどのような場合にアクセス可能なのかということに置かれている。カルテの場合、その保有者 (holder) 一つまり医師、医療機関が存在し、彼らに課せられるのは、まず秘密を保持する責任である。そのうえで誰に開示できるのかが法的に定められる。

情報の電子化に対応するため作成された 1984 年の「データ保護法 (Data Protection Act)」が嚆矢だが、そこには情報に関連する (relate) 者にたいする開示が定められる一方、4 条 2 項では、開示が「データの主体の身体的、精神的な健康に深刻な被害を及ぼす場合には」アクセスを制限すると定められている。

医療に限定した法律としては、1988 年に「医療報告へのアクセス法 (Access to Medical Report Act)」が制定されている。ここでは、医療記録への患者のアクセスが、権利として定められている。第 1 条は、次のように記されている。

この方の定めることにしたがって、雇用や保険の目的で医師により提供される個人に関わるあらゆる医療報告 (medical report) にアクセスすることは個人の権利である。

この法律でも、第 5 条で患者に心身の危害が及ぶと判断した場合は医師がアクセスを制限できると規定している。

そして、この法律を承けて、1990 年の「保健記録へのアクセス法 (Access to Health Records Act)」が制定された。わが国の法制化議論においても念頭に置かれていた法律の一つである。そこでは、第 3 条 1 項に、アクセス可能だとされる主体として「①患者本人、②代理人、③養育者 (子供の場合)、④法定代理人、⑤患者が死亡した場合は、その相続人」が列記されている。ただし、5 条では、患者を害する可能性があるばあいには家族等に対してアクセスを制限している。しかし、秘密保持という観点でむしろ問題とされるのは、患者や患者の代理をするような近親者ではなく、警察などの第 3 者である。開示をめぐるイギリスの議論の大半はそこに割かれている。公共の安寧のためには個人のプライバシーはどこまで開示可能かという論点であるが、本報告書とは議論の文脈を異にするのでこれ以上の追求は措くことにしよう。

以上のようなイギリスの開示事情を顧みると、わが国で、個人情報保護法によりカルテ開示が進められることの意味、つまりがわかりやすくなるように思う。わが国では、医療記録の開示については論じられてきたが、それが秘密保護すべき情報であるという認識は薄かったからである。職業上の秘密遵守として医師法に定められているが、カルテ開示の議論の中で問題とされることはなかった。個人情報保護法によってイギリスのように秘密保持すべき情報であるからアクセス権も当該の個人に限定されるという論理である。

しかし、医療情報を個人情報保護法のみで扱うには問題が山積しているように感じられる。例えば、今のところ個人情報情報は生存者についての情報に限定され死者は保護の対象から外されている。これは医療の現場感覚にそぐわないであろう。厚労省は、個人情報保護法を現場に適応させるためガイドラインを制定し、カルテ等を「保有個人データ」として一律に保護の対処

にしており、遺族への情報開示についても従来 방식을踏襲している。また、これまでカルテの保有者は誰かということが曖昧であったが、この法律によって媒体の管理者である事業主が情報の保有主体であることが明確に定められた。勤務医はあくまでも雇用者でありその媒体の利用者にすぎない。むしろカルテに氏名を記載することで保護の対象者として扱われる。それゆえ、仮に、自分のPCに電子カルテのファイルを入れて持ち出しても個人情報保護法でいう処罰の対象にはならない。現行法では、処罰の対象になるのは管理を怠った事業主に限定される。これも現場感覚とはかけ離れている。一方、現場は現場で過剰に反応し、あらゆる個人につながるもの、プライバシーであっても個人情報ではないものまで保護の対象に組み入れている感がある。イギリスの法制定の歴史を省みるならば、やはり、医療の特性にあった情報保護法なり医療記録へのアクセス法を制定することが望ましいように思われる。

調査票

カルテ開示についてのアンケート

アンケートご協力のお願い

日本医師会や厚生労働省をはじめ、社会的にカルテ開示をめぐる議論が活発になってきています。また、このような動きは、今後のわが国の医療のあり方、とくに医師と患者の関係に大きな影響をおよぼすものと予想されます。私どもは、医師の皆様のカルテ開示に対するお考えをおうかがいするために、このアンケートを作成いたしました。アンケートは現状の把握を目的としたものですので、分析結果は、私どものみならず、この問題への対処を考えておられる皆様がたにも十分にお役立ていただけるものと思います。

このアンケートは、京都府下の医師の皆様を対象に配布しております。回答は無記名で、回答用紙は氏名との連結が不可能な方式で管理いたします。また、データは全体としてコンピュータにより統計的にのみ処理いたしますので、皆様の個人情報外部に漏れることは一切ありません。

皆様の回答が、カルテ開示問題を考えていくうえで貴重な資料となることをご理解いただき、ご多忙のところご迷惑をおかけしますが、ぜひともご協力いただけますようお願い申し上げます。

なお、ご不明な点やご質問がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

滋賀医科大学社会学研究室

教授 平 英美

(住所) 〒520-2192 大津市瀬田月輪町

(電話) 077-548-2426 (直通)

E-mail : htaira@belle.shiga-med.ac.jp

* アンケート用紙返却の期日は、12月15日（月）までに
お願いいたします。

現在のカルテ記載等についておうかがいします。

問1 あなたは、現在、カルテを書くための時間が十分とれていると感じますか。

- | | |
|--------------|------------|
| 1. とれている | 2. まあとれている |
| 3. あまりとれていない | 4. とれていない |

問2 あなたは、大学でカルテの書き方についての教育を受けたことがありますか。

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問3 あなたにとって、現在、カルテとはどのようなものですか。それぞれについてあなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	そう 思う	やや そう 思う	あまり そう 思わない	そう 思わない
診断や治療を行った証明となるもの	1	2	3	4
自分の思考過程を示すもの	1	2	3	4
学術研究を進めるためのもの	1	2	3	4
ほかのスタッフに指示するためのもの	1	2	3	4
訴訟のときに証拠となるもの	1	2	3	4
患者に見せながら説明するためのもの	1	2	3	4
ほかの医師に自分の考えを伝えるもの	1	2	3	4
メモ的に使っているもの	1	2	3	4
患者の状態を記録するためのもの	1	2	3	4
公文書として書かなければならないもの	1	2	3	4
医療の機能評価の根拠になるもの	1	2	3	4

全員の方におうかがいします

問6 あなたは、診療している患者から「カルテのコピーがほしい」という申し出があった場合、
どのように対応すべきだと思いますか。

1. すべての患者にコピーを渡すべきだと思う
2. 患者によりケースバイケースで渡すかどうかを判断するべきだと思う
3. どんな患者であってもコピーには応じるべきではないと思う

問7 あなたは、カルテを見せることに抵抗感がありますか。

1. ある →問7-1へ
2. ない →問8へ

問7で「ある」と答えられた方のみにおうかがいします

問7-1 次にあげた抵抗感を感じる理由について、それぞれ、あなたの意見にもっとも近い
番号に○をつけて下さい。

	そう 思う	やや そう 思う	あまり そう 思わ ない	そう 思わ ない
患者に内容を誤解されるかもしれないから	1	2	3	4
患者に評価されている気がするから	1	2	3	4
自分が信頼されていないと感じるから	1	2	3	4
患者に不安を与えるかもしれないから	1	2	3	4
カルテの記載が不十分だから	1	2	3	4
訴訟を起こされるかもしれないから	1	2	3	4
カルテは自分のものだから	1	2	3	4
ミスを詮索されているように感じるから	1	2	3	4
開示したカルテが一人歩きする気がするから	1	2	3	4
医師の裁量権を侵されている気がするから	1	2	3	4

カルテ開示が現在よりも広く行われるようになった場合のことについておうかがいします。

問 8 カルテ開示が現在よりも広く行われるようになった場合、次にあげた内容はどの程度カルテに記載できなくなると思いますか。それぞれについてあなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	記載できない	あまり記載できない	やや記載できる	記載できる
診断名	1	2	3	4
保険病名	1	2	3	4
治療への否定的評価	1	2	3	4
医療過誤を示すような記載	1	2	3	4
予後不良の患者の余命	1	2	3	4
患者に関する主観的評価	1	2	3	4
患者に知られたくない家族や第三者からの情報	1	2	3	4
患者から打ち明けられた秘密	1	2	3	4
他の医師の治療への否定的評価	1	2	3	4

問 9 カルテ開示が現在よりも広く行われるようになった場合、カルテの書き方はどのように変わると考えますか。それぞれについてあなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない
略語を使わなくなる	1	2	3	4
詳しく書くようになる	1	2	3	4
文字を丁寧に書くようになる	1	2	3	4
断定的な表現を使わなくなる	1	2	3	4
誤解を招かないような書き方になる	1	2	3	4
マニュアルに従って書くようになる	1	2	3	4
日本語で書くようになる	1	2	3	4

問10 カルテ開示が現在よりも広く行われるようになった場合、診療や医療全般にどのような影響があると思いますか。それぞれについてあなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない
検査が増える	1	2	3	4
医療費全体が抑えられる	1	2	3	4
患者との信頼関係が崩れやすくなる	1	2	3	4
カルテ記載に費やす労力が増える	1	2	3	4
全体的に医療水準が向上する	1	2	3	4
患者との信頼関係が築きやすくなる	1	2	3	4
訴訟が増える	1	2	3	4
プラセボが使えなくなる	1	2	3	4
診断名の標準化が進む	1	2	3	4
患者が医療の主体になる	1	2	3	4
カルテ開示に保険点数がつくようになる	1	2	3	4
患者にカルテを見せながら書くようになる	1	2	3	4
カルテとは別の記録が作られるようになる	1	2	3	4
カルテ管理の専門家が必要になる	1	2	3	4
医師と患者の立場が対等になる	1	2	3	4
ミスをしたときに言い逃れができなくなる	1	2	3	4
インフォームドコンセントが一般化する	1	2	3	4
投薬や検査の重複が少なくなる	1	2	3	4
カルテ開示がセールスポイントになる	1	2	3	4
セカンドオピニオンを求める人が増える	1	2	3	4
カルテの電子化が進む	1	2	3	4
患者の自己責任が増す	1	2	3	4
医師独自の治療法がオープンになる	1	2	3	4
家族間のトラブルのもとになる	1	2	3	4

	そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない
患者の治療への参加意識が高まる	1	2	3	4
患者との関係づくりが難しくなる	1	2	3	4
医療ミスが減る	1	2	3	4
記載内容の整合性をとることが重視される	1	2	3	4
医師と患者の関係がビジネスライクになる	1	2	3	4

全員の方におうかがいします

カルテ開示の法制化等についておうかがいします

問11 現在、カルテについては、「個人情報保護法」等により、開示の方向で体制が整いつつありますが、カルテの開示について別に法律で定めるべきだと思いますか。

1. カルテ開示について法律で定めるべき →問 12 へ
2. 開示できない場合もあるので、法律で定めるべきではない →問 11-1 へ

問 11-1 では、どのような場合に、開示できないと思われますか。具体的にお書きください。

全員の方におうかがいします

問12 カルテに記載されている情報は誰のものでしょうか。それぞれについてあなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない
医師のもの	1	2	3	4
患者本人のもの	1	2	3	4
医療スタッフ全員のもの	1	2	3	4
病院や診療所のもの	1	2	3	4
患者の家族のもの	1	2	3	4

問13 あなたは、ご自分のカルテの記載に満足していますか。

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|--------------|
| 1. 満足している | } → 問 14 へ | 3. あまり満足していない | } → 問 13-1 へ |
| 2. ほぼ満足している | | 4. 満足していない | |

問 13-1 カルテの記載に満足していないのはどのような理由からですか。具体的にお書きください。

全員の方におうかがいします

問14 あなたは、わが国でカルテ開示がすすんでいくことについてどのように感じていますか。
 どれか1つに○をつけて下さい。

- | | |
|----------------------------------|-----------|
| 1. 好ましいことだと感じている | →問 15 へ |
| 2. 悪いことではないと思うが、何か釈然としないものを感じている | →問 14-1 へ |
| 3. 好ましくないことだと感じる | →問 15 へ |

問 14-1 釈然としないのはどのような理由からですか。具体的にお書きください。

全員の方におうかがいします。

問15 次にあげる意見について、あなたはどのように思いますか。あなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	そう 思う	やや そう 思う	あまり そう 思わない	そう 思わない
患者はカルテを見る権利を持っている	1	2	3	4
医師の説明が十分ならカルテ開示は必要ない	1	2	3	4
患者が自分の医療情報を管理できることは重要である	1	2	3	4
患者が納得して治療法を選ぶことは大切である	1	2	3	4
治療法は専門的知識を持っている医師が決めるべきだ	1	2	3	4
治療法は医師の説明を聞いた上で患者が決めるべきだ	1	2	3	4
治療法は細かく説明すべきだ	1	2	3	4
医師や病院によって診断や治療法に差がある	1	2	3	4

	そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない
自分も医療ミスをおかす可能性がある	1	2	3	4
カルテ開示は大した問題ではない	1	2	3	4
患者とは友人のように話をしたい	1	2	3	4
患者からの質問がわずらわしいことがある	1	2	3	4
カルテ開示を申し出る患者との関係はすでに崩れている	1	2	3	4
カルテは本来、患者に見せるものではない	1	2	3	4
カルテ開示は閲覧だけで十分である	1	2	3	4
カルテ開示は治療に悪影響がある	1	2	3	4
患者にはカルテの内容を理解する知識が不十分である	1	2	3	4
カルテ開示は医師の義務ではない	1	2	3	4
カルテ開示は診療について誤解を生じさせる可能性がある	1	2	3	4
カルテ開示には患者に不安を与える可能性がある	1	2	3	4
患者にはセカンドオピニオンを積極的にすすめたい	1	2	3	4
カルテ開示とインフォームドコンセントは違う問題である	1	2	3	4
患者が権利を主張するのは、困ったことだ	1	2	3	4
マスコミが医療不信をあおっている	1	2	3	4
カルテ開示が問題にされるのは一部の心ない 医師のせいである	1	2	3	4

ご意見のある方は、以下の空欄にご自由にお書き下さい。

アンケートはこれで終わりです。
長時間ご協力いただき、どうもありがとうございました。

なお、私どもは、アンケートのほかに皆様から直接ご意見をうかがいたいと願っております。
私どもと面談をしてもよいとお考えの方は、別紙に、御氏名と御連絡先を御記入下さい。

看護記録開示についてのアンケート

アンケートご協力のお願い

日本看護協会や厚生労働省をはじめ、社会的に看護記録開示をめぐる議論が活発になってきています。また、このような看護記録開示へ向けての動きは、今後のわが国の看護のあり方、とくに看護師と患者の関係のあり方に大きな影響をおよぼすものと予想されます。私どもは、看護師の皆様の看護記録開示に対するお考えをおうかがいするために、このアンケートを作成いたしました。アンケートは現状の把握を目的としたものですので、分析結果は、私どものみならず、この問題への対処を考えておられる皆様がたにも十分にお役立ていただけるものと思います。

このアンケートは、京都府下の医療機関に勤務しておられる看護師の皆様を対象に配布しております。回答は無記名で、回答用紙は氏名との連結が不可能な方式で管理いたします。また、データは全体としてコンピュータにより統計的にのみ処理いたしますので、皆様の個人情報外部に漏れることは一切ありません。

皆様の回答が、看護記録開示の問題を考えていくうえで貴重な資料となることをご理解いただき、ご多忙のところご迷惑をおかけしますが、ぜひともご協力いただけますようお願い申し上げます。

なお、ご不明な点やご質問がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

滋賀県立大学 人間看護学部 教授 豊田久美子

(住所) 〒522-8533 彦根市八坂町2500

(電話) 0749-27-6654 (直通)

E-mail : toyoda@nurse.usp.ac.jp

滋賀医科大学 社会学研究室 教授 平 英美

(住所) 〒520-2192 大津市瀬田月輪町

(電話) 077-548-2426 (直通)

E-mail : htaira@belle.shiga-med.ac.jp

***アンケート用紙返却の期日は、2月16日(月)までに
お願いいたします。**

現在の看護記録記載等についておうかがいします。

問1 あなたは、現在、看護記録を書くための時間が十分とれていると感じますか。

- | | |
|--------------|------------|
| 1. とれている | 2. まあとれている |
| 3. あまりとれていない | 4. とれていない |

問2 あなたは、学校の授業で看護記録の書き方についての教育を受けたことがありますか。

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問3 あなたにとって、現在、看護記録とはどのようなものですか。それぞれについてあなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	そう 思う	やや そう 思う	あ ま り そ う 思 わ な い	そ う 思 わ な い
看護行為を行った証明となるもの	1	2	3	4
自分の思考過程を示すもの	1	2	3	4
学術研究を進めるためのもの	1	2	3	4
ほかの看護師に指示するためのもの	1	2	3	4
訴訟のときに証拠となるもの	1	2	3	4
患者に見せながら説明するためのもの	1	2	3	4
ほかの看護師に自分の考えを伝えるもの	1	2	3	4
メモ的に使っているもの	1	2	3	4
患者の状態を記録するためのもの	1	2	3	4
公文書として書かなければならないもの	1	2	3	4
看護の機能評価の根拠になるもの	1	2	3	4
他のナースに観察した患者の状態を 伝えるもの	1	2	3	4

問4 あなたは、現在、患者との関係で、次のことがらはどの程度重要だと考えますか。
それぞれについてあなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	重要である	やや重要である	あまり重要でない	重要でない
よりよいケアを提供すること	1	2	3	4
患者が看護師を信頼すること	1	2	3	4
看護計画を丁寧に説明すること	1	2	3	4
患者に医師とのかかわり方を教えること	1	2	3	4
療養に対する安心感を与えること	1	2	3	4
患者が医療の知識をもつこと	1	2	3	4
患者と接する時間を多くとること	1	2	3	4
看護師が患者を信頼すること	1	2	3	4
患者の話を聞くこと	1	2	3	4
患者を納得させること	1	2	3	4
看護計画を患者と一緒に立てること	1	2	3	4

看護記録開示のご経験やお考え等についておうかがいします。

問5 あなたは、自分が書いた看護記録について患者や患者の家族から（直接に、あるいは所属施設に対するものを含めて）開示請求されたことがありますか。

1. ある →問5－1へ
2. ない →問6へ

問5で「ある」と答えた方のみにおうかがいします

問5－1 看護記録開示の請求に対しどのような対応がなされましたか。

1. 開示請求に応じた（コピーを渡すなど）
2. 開示請求に応じなかった
3. その他（ ）

全員の方におうかがいします

問6 あなたは、患者から「看護記録のコピーがほしい」という申し出があった場合、どのように対応すべきだと思いますか。

1. すべての患者にコピーを渡すべきだと思う
2. 患者によりケースバイケースで渡すかどうかを判断すべきだと思う
3. どんな患者であってもコピーには応じるべきではないと思う

問7 あなたは、患者に看護記録を見せることについて抵抗感がありますか。

1. ある →問7-1へ
2. ない →問8へ

問7で「ある」と答えられた方のみにおうかがいします

問7-1 次にあげた抵抗感がある理由について、それぞれ、あなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	そう 思う	やや そう 思う	あまり そう 思わない	そう 思わない
患者に内容を誤解されるかもしれないから	1	2	3	4
患者に評価されている気がするから	1	2	3	4
自分が信頼されていないと感じるから	1	2	3	4
患者に不安を与えるかもしれないから	1	2	3	4
患者の基礎情報の記載内容が十分でないから	1	2	3	4
看護計画の記載内容が十分でないから	1	2	3	4
経過記録のS情報の記載内容が十分でないから	1	2	3	4
経過記録のO情報の記載内容が十分でないから	1	2	3	4
経過記録のアセスメントの記載内容が十分でないから	1	2	3	4
評価の記載内容が十分でないから	1	2	3	4
サマリーの記載内容が十分でないから	1	2	3	4
訴訟を起こされるかもしれないから	1	2	3	4
看護記録は自分のものだから	1	2	3	4
ミスを詮索されているように感じるから	1	2	3	4
開示した看護記録が一人歩きする気がするから	1	2	3	4
看護師の裁量権を侵されている気がするから	1	2	3	4

看護記録開示が現在よりも広く行われるようになった場合のことについておうかがいします。

問8 看護記録開示が現在よりも広く行われるようになった場合、次にあげた内容はどの程度看護記録に記載できなくなると思いますか。それぞれについてあなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	記載できない	あまり記載できない	やや記載できる	記載できる
看護診断名	1	2	3	4
ケアに対する否定的評価	1	2	3	4
医療過誤を示すような記載	1	2	3	4
予後不良の患者の余命	1	2	3	4
患者に関する主観的評価	1	2	3	4
患者に知られたくない家族や第三者からの情報	1	2	3	4
患者から打ち明けられた秘密	1	2	3	4
医師との共同問題に関する患者の観察事項	1	2	3	4

問9 看護記録開示が現在よりも広く行われるようになった場合、看護記録の書き方はどのように変わるとお考えですか。それぞれについてあなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない
略語を使わなくなる	1	2	3	4
詳しく書くようになる	1	2	3	4
文字を丁寧に書くようになる	1	2	3	4
断定的な表現を使わなくなる	1	2	3	4
誤解を招かないような書き方になる	1	2	3	4
マニュアルに従って書くようになる	1	2	3	4
専門用語を多く使うようになる	1	2	3	4
患者の基礎情報の記載内容が増える	1	2	3	4
個性的な表現ができなくなる	1	2	3	4
看護計画の記載内容が増える	1	2	3	4
経過記録のS情報の記載内容が増える	1	2	3	4
経過記録のO情報の記載内容が増える	1	2	3	4
経過記録のアセスメントの記載内容が増える	1	2	3	4
評価の記載内容が増える	1	2	3	4
サマリーの記載内容が増える	1	2	3	4

問10 看護記録開示が現在よりも広く行われるようになった場合、看護にどのような影響があると思いますか。それぞれについてあなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	そう 思う	やや そう 思う	あまり そう 思わない	そう 思わない
患者との信頼関係が崩れやすくなる	1	2	3	4
看護記録記載に費やす労力が増える	1	2	3	4
患者との信頼関係が築きやすくなる	1	2	3	4
訴訟が増える	1	2	3	4
看護問題（診断名）の標準化が進む	1	2	3	4
患者が医療の主体になる	1	2	3	4
患者に看護記録を見せながら書くようになる	1	2	3	4
看護記録とは別の記録が作られるようになる	1	2	3	4
看護記録管理の専門家が必要になる	1	2	3	4
看護師と患者の立場が対等になる	1	2	3	4
ミスをしたときに言い逃れができなくなる	1	2	3	4
看護のインフォームドコンセントが必要になる	1	2	3	4
看護記録開示がセールスポイントになる	1	2	3	4
看護記録の電子化が進む	1	2	3	4
患者の自己責任が増す	1	2	3	4
家族間のトラブルのもとになる	1	2	3	4
患者の療養への参加意識が高まる	1	2	3	4
患者との関係づくりが難しくなる	1	2	3	4
看護ミスが減る	1	2	3	4
記載内容の整合性をとることが重視される	1	2	3	4
看護師と患者の関係がビジネスライクになる	1	2	3	4
看護過程に責任をもつようになる	1	2	3	4
患者の自己決定権を促すことになる	1	2	3	4
患者と看護問題（診断）を共有するようになる	1	2	3	4
患者に了解してもらったことのみ 書くようになる	1	2	3	4

問 11 医師が記載するカルテを含めた診療記録開示が現在よりも広く行われるようになった場合、医療全体にどのような影響があると思いますか。それぞれについてあなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	そう 思う	やや そう 思う	あまり そう 思わない	そう 思わない
検査が増える	1	2	3	4
医療費全体が抑えられる	1	2	3	4
全体的に医療水準が向上する	1	2	3	4
プラセボが使えなくなる	1	2	3	4
診療記録開示に保険点数がつくようになる	1	2	3	4
医師と患者の立場が対等になる	1	2	3	4
医師がミスをした時に言い逃れができなくなる	1	2	3	4
インフォームドコンセントが一般化する	1	2	3	4
投薬や検査の重複が少なくなる	1	2	3	4
セカンドオピニオンを求める人が増える	1	2	3	4
患者の治療への参加意識が高まる	1	2	3	4
患者との関係づくりが難しくなる	1	2	3	4
医療ミスが減る	1	2	3	4
診療記録全体の整合性をとることが重視される	1	2	3	4
訴訟が増える	1	2	3	4

問 12 看護記録に記載されている情報は誰のものでしょうか。それぞれについてあなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	そう 思う	やや そう 思う	あまり そう 思わない	そう 思わない
医師のもの	1	2	3	4
患者本人のもの	1	2	3	4
医療スタッフ全員のもの	1	2	3	4
病院や診療所のもの	1	2	3	4
患者の家族のもの	1	2	3	4

問 13 あなたは、ご自分の看護記録の記載に満足していますか。

- | | | | |
|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 1. 満足している | } →問 14 へ | 3. あまり満足していない | } →問 13-1 へ |
| 2. ほぼ満足している | | 4. 満足していない | |

問 13-1 看護記録の記載に満足していないのはどのような理由からですか。具体的にお書きください。

全員の方におうかがいします

問 14 あなたは、わが国で看護記録開示がすすんでいくことについてどのように感じていますか。
どれか1つに○をつけて下さい。

- | | |
|----------------------------------|-----------|
| 1. 好ましいことだと感じている | →問 15 へ |
| 2. 悪いことではないと思うが、何か釈然としないものを感じている | →問 14-1 へ |
| 3. 好ましくないことだと感じている | →問 15 へ |

問 14-1 釈然としないのはどのような理由からですか。具体的にお書きください。

全員の方におうかがいします。

問15 次にあげる意見について、あなたはどのように思いますか。あなたの意見にもっとも近い番号に○をつけて下さい。

	そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない
患者は看護記録を見る権利を持っている	1	2	3	4
患者が自分の医療情報を管理できることは重要である	1	2	3	4
患者が納得して治療法を選ぶことは大切である	1	2	3	4
治療法は専門的知識を持っている医師が決めるべきだ	1	2	3	4
治療法は医師の説明を聞いた上で患者が決めるべきだ	1	2	3	4
医師や病院によって診断や治療法に差がある	1	2	3	4
自分も看護ミスをおかす可能性がある	1	2	3	4
看護記録開示は閲覧だけで十分である	1	2	3	4
看護記録開示は大した問題ではない	1	2	3	4
患者からの質問がわずらわしいことがある	1	2	3	4
看護記録開示を申し出る患者との関係はすでに崩れている	1	2	3	4
看護記録は本来、患者に見せるものではない	1	2	3	4
看護記録開示は療養に悪影響がある	1	2	3	4
患者には看護記録の内容を理解する知識が不十分である	1	2	3	4
看護記録開示は看護師の義務ではない	1	2	3	4
患者とは友人のように話をしたい	1	2	3	4
患者にはセカンドオピニオンを積極的にすすめたい	1	2	3	4
患者が権利を主張するのは、困ったことだ	1	2	3	4
マスコミが医療不信をあおっている	1	2	3	4
保助看法				

最後に、あなたご自身のことについてお聞かせ下さい。

問 16 あなたの年齢をお書きの上、性別、資格について該当する番号に○をつけて下さい。

年齢 満（ ）歳

性別 1. 男性 2. 女性

資格 1. 看護師 2. 准看護師 3. 助産師 4. 保健師

問 17 あなたの看護経験年数は、通算で何年ですか。

年

問18 お勤めになられている医療機関の設置主体と施設の種類について、該当する番号に○をつけて下さい。

設置主体 1. 国立 2. 公立 3. 私立 4. その他（ ）

施設の種類 1. 病院 2. 診療所 3. 訪問看護ステーション

問 18 で「病院」「診療所」と答えられた方のみお答えください

問 18－1 お勤めになられている病院・診療所の病床数について、該当する番号に○をつけて下さい。

1. 0～19 床 2. 20～299 床 3. 300～599 床 4. 600 床以上

問 18－2 現在、主としてたずさわっておられる看護ユニットについて、該当する番号に○をつけて下さい。

1. 外科系 2. 内科系 3. 精神科 4. 手術部
5. ICU 6. 外来 7. 訪問看護部
8. その他（ ）

全員の方におうかがいします。

問 19 あなたが主として、勤務されているのはどこですか。市町村名でお答え下さい。

（ ）市・町・村

ご意見のある方は、以下の空欄にご自由にお書き下さい。

アンケートはこれで終わりです。

長時間ご協力いただき、どうもありがとうございました。

なお、私どもは、アンケートのほかに皆様から直接ご意見をうかがいたいと願っております。
私どもと面談をしてもよいとお考えの方は、別紙に、御氏名と御連絡先を御記入下さい。

カルテ開示についてのアンケート

アンケートへのご協力をお願い

みなさまは、医師が「カルテ」に、症状などを記入しているのをご覧になったことが
おありのことと存じます。最近、わが国では患者が希望すれば自分のカルテを見ることが
できる — いわゆる「**カルテ開示**」がすすめられております。

現在、カルテ開示をめぐる、厚生労働省や関係団体等では「患者の遺族から請求さ
れた時に、カルテを見せるべきか否か」「カルテ開示は法律で定めるべきか否か」とい
うことが議論されています。しかし、カルテ開示の議論は、たんに医療従事者にとって
だけでなく、医療を受ける市民の方々にとって、大切な問題であると私どもは考えてお
ります。

そこで、みなさまに、カルテ開示など医療全般についてのご意見をおうかがいするた
めアンケートを実施することにいたしました。

このアンケートはあくまでも学術的研究を目的としたものです。個人名は必要としま
せんので**お名前をご記入いただく必要はございません**。また、データは全体としてコン
ピュータ処理をいたしますので**個々人の情報が外部にもれることは一切ありません**。

みなさまの御回答が、わが国のカルテ開示問題を考えていく上で、貴重な資料となり
ますことをご理解いただき、ぜひともご協力いただきますようお願い申し上げます。

滋賀医科大学
社会学研究室 教授 平 英美

住所 〒520-2192 大津市瀬田月輪町
電話 077-548-2426
E-mail : htaira@belle.shiga-med.ac.jp

ご不明な点等ございましたら、上記にお問い合わせ下さい。

アンケート用紙**ご返却の期限**は、別紙をご覧の上、よろしくお願いいたします。

2-3 自分が受けている治療に疑問があると感じたとき、それを指摘できるようになる

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

2-4 患者自身が、治療などの責任を引き受けねばならなくなる

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

2-5 医師と信頼関係をつくりやすくなる

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

2-6 患者と医師が「対等な関係」に近づく

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

2-7 医療ミスが減る

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

2-8 「がん」などの病名が隠せなくなる

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

2-9 医師との信頼関係がこわれやすくなる

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

2-10 あとで治療の内容を確認できるようになる

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

2-11 医療ミスをされたと感じたとき、訴訟が起こしやすくなる

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

2-12 医療ミスではないかと疑問があるとき、経過や原因がわかるので納得しやすくなる

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

2-13 本人に内緒で家族が医師に話した内容が患者に伝わり、家族間のトラブルをひきおこすようになる

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

問3 「カルテ」は、誰のものと思いますか。あなたのお考えにもっとも近い番号1つに○をつけてください。

3-1 「医師」のもの

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

3-2 「医療スタッフ」のもの

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

3-3 「患者」のもの

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

3-4 「病院(診療所)」のもの

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

3-5 「患者の家族」のもの

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

問4 あなたは、次の意見についてどう思いますか。あなたのお考えにもっとも近い番号1つに○をつけてください。

4-1 自分のカルテは、自由に見ることができる

1. ぜひそうしてもらいたい 2. どちらかといえばそうしてもらいたい
3. どちらかといえばそうしてもらいたくない 4. そこまでする必要はない

4-2 診察を受けた後は、診察内容を書いたものをもらえる

1. ぜひそうしてもらいたい 2. どちらかといえばそうしてもらいたい
3. どちらかといえばそうしてもらいたくない 4. そこまでする必要はない

4-3 入院中は、いつでもカルテを見られるようにベッドサイドに置いてほしい

1. ぜひそうしてもらいたい 2. どちらかといえばそうしてもらいたい
3. どちらかといえばそうしてもらいたくない 4. そこまでする必要はない

問5 あなたは最近かかった医師から十分に説明を受けたと思いますか。あなたのお考えにもっとも近い番号1つに○をつけてください。

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

問6 「患者と医師の関係」で次のことはどの程度重要だとお考えですか。あなたのお考えにもっとも近い番号1つに○をつけてください。

6-1 医師が新しい医療技術を提供すること

1. 重要である 2. やや重要である 3. あまり重要でない 4. 重要でない

6-2 患者が医師を信頼すること

1. 重要である 2. やや重要である 3. あまり重要でない 4. 重要でない

6-3 医師が診療内容をていねいに説明すること

1. 重要である 2. やや重要である 3. あまり重要でない 4. 重要でない

6-4 医師が、患者にセカンド・オピニオン(別の医師の意見を聞くこと)をすすめること

1. 重要である 2. やや重要である 3. あまり重要でない 4. 重要でない

6-5 医師が患者を安心させること

1. 重要である 2. やや重要である 3. あまり重要でない 4. 重要でない

6-6 患者も医学的知識をもつこと

1. 重要である 2. やや重要である 3. あまり重要でない 4. 重要でない

6-7 医師が、患者と接する時間を今より多くとること

1. 重要である 2. やや重要である 3. あまり重要でない 4. 重要でない

6-8 医師が、患者を信頼すること

1. 重要である 2. やや重要である 3. あまり重要でない 4. 重要でない

問7 医療に関する次の意見について、あなたのお考えにもっとも近い番号1つに○をつけてください。

7-1 患者は「カルテを見る」権利をもっている

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

7-2 患者がカルテを見ることができるよう法律を整えるべきである

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

7-3 医師の説明が十分であっても、「カルテ開示」は必要である

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

7-4 治療法は、医師に決めてほしい

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

7-5 「カルテ開示」が必要なのは、医師の説明が不十分だからである

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

7-6 治療法は、自分で決めたい

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

7-7 自分も医療ミスをされる可能性がある

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

7-8 医師は、患者から質問されることをいやがるが多い

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

7-9 今後、必要な場合は、積極的にセカンド・オピニオン(別な医師の意見をきく)を求めたい

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

7-10 患者が「カルテを見たい」と言ったら 医師は気を悪くする

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

問8 看護記録開示に関する次にあげる意見について、あなたのお考えにもっとも近い番号1つに○をつけてください。

8-1 看護記録の開示が進むと、自分の受ける看護について意見を言いやすくなる

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

8-2 看護記録の開示が進むと、自分の療養について自己責任が増える

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

8-3 自分の療養計画は看護師と一緒に決めたいと思う

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

8-4 患者は看護師から自分が受ける看護について十分な説明を受けていないと思う

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

8-5 看護師から十分な説明を受けたのならば、看護記録を見る必要はない

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

8-6 看護記録の開示が進むと、看護師との信頼関係がこわれやすくなる

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

8-7 医師よりも看護師の方が質問しやすいと思う

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

8-8 看護記録の開示が進むと、自分が受けている看護の内容がわかるようになる

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

問9 最後に、あなたご自身のことについて、ご質問いたします。

9-1 あなた性別をお答えください

1. 男性 2. 女性

9-2 あなたの年齢をお答えください

満()歳

9-3 あなたがお住まいの地域をお答えください

()市・町

9-4 あなたには、今、かかりつけの医師がいますか

1. いる 2. ない

9-5 あなたは、入院のご経験がありますか

1. ある 2. ない

9-6 いままでに、何らかの不満で、医師(病院)を代えたことがありますか

1. ある 2. ない

9-7 あなたはどのような医師を信頼できるとお考えですか。下欄にお書きください

--

9-8 医療従事者(医師や看護師など)に対して不信を感じたご経験がありましたら、おさしつかえのない程度に、具体的にお書きください

--

9-9 いままでに、セカンド・オピニオン(別の医師の意見をきくこと)を求めたことがありますか

る 2. ない

1. あ

9-10 あなたは医療従事者ですか

1. はい 2. いいえ

.....
◎ 質問にお答えいただき、誠にありがとうございました。

カルテ開示についてご意見があればお書きください

--